Rapport annuel de gestion

Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services

2006-2007

CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES

La forme masculine utilisée dans ce texte désigne, lorsque le sens le justifie, aussi bien les femmes que les hommes.

Adoptés par le conseil d'administration du
Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
à la séance du 6 septembre 2007

Dépôt légal - 3e trimestre 2007
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 2-922250-58-X

2008-00927/

MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

Il nous fait plaisir de vous présenter notre rapport annuel de gestion pour l'année 2006-2007. Comme à notre habitude, nous vous livrons dans ce mot les principales réalisations du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James. Vous trouverez en annexe le bilan à la dernière période de l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Certaines cibles sont déjà atteintes et nous sommes confiants que le CRSSS de la Baie-James atteindra, d'ici 2010, la grande majorité des cibles fixées par le MSSS.

Enfin, il est certain que les crédits de développement de 500 000 $ octroyés par le MSSS pour 2006-2007 et annualisés à 1 million de dollars pour 2007-2008, ont contribué à l'amélioration de nos services. Les crédits ont été alloués selon la répartition suivante : 21 % en santé publique, 3,5 % en services généraux, 50,5 % dans les programmes spécifiques, 20 % en administration et soutien de même que 5 % au profit des organismes communautaires. L'utilisation de ces fonds est plus détaillée dans les pages qui suivent et aux états financiers en annexe.

Révision du plan d'organisation

Quelques années après son adoption, en 2001, et des révisions mineures au fil du temps, notre plan d'organisation devait être révisé en profondeur pour tenir compte de l'environnement qui avait changé, notamment avec les plus récents amendements législatifs et l'évolution de notre offre de services régionale. L'exercice a débuté au niveau stratégique avec le conseil d'administration et les directeurs à l'automne 2006. Au printemps 2007, deux nouveaux directeurs des services à la clientèle ont été embauchés, l'un pour l'ouest, l'autre pour l'est de la région. Au cours de l'été 2007, un travail de rédaction était en cours pour l'élaboration et l'adoption finale du nouveau plan d'organisation du CRSSS de la Baie-James.

Colloque sur les maladies chroniques, volet cancer

Avec l'adoption, en juin 2005, du *Plan d'action régional pour la lutte au cancer*, le CRSSS de la Baie-James souhaitait implanter un réseau de services intégrés tenant compte de tous les volets d'intervention auprès des personnes atteintes de cancer et leurs proches. Une nouvelle étape a été franchie en 2006-2007 lors de la tenue du premier colloque sur les maladies chroniques, volet cancer. Des professionnels de plusieurs secteurs d'activités (médecins, infirmières, pharmaciens, intervenants sociaux, etc.) et des régions limitrophes étaient présents. Une formation en soins palliatifs a aussi été offerte aux intervenants. Ces deux journées ont permis d'enrichir la pratique et de mobiliser les participants dans l'atteinte des cibles des programmes.

Le mandat des équipes interdisciplinaires est maintenant connu et certains outils de communications sont en place pour le partage de l'information et des messages plus concertés aux patients. Les commentaires de ces derniers sont d'ailleurs élogieux. Ils sentent qu'ils participent aux décisions et qu'on les écoute. Leurs demandes sont traitées plus rapidement et les réponses contribuent à diminuer leur anxiété, ce qui est particulièrement important lorsqu'on combat une maladie comme le cancer.

Tomodensitométrie axiale

Le démarrage des services de tomodensitométrie axiale au Centre de santé de Chibougamau montre déjà, après un peu moins d'un an de fonctionnement, des résultats prometteurs en terme de qualité et d'accessibilité. En effet, la disponibilité sur place de cet examen amène un dépistage plus rapide de problématiques, contribue à diminuer le nombre de transferts vers les établissements du Lac-Saint-

BIBLIOTHÈQUE
19 OCT. 2007
ASSEMBLÉE NATIONALE

Jean, en plus d'améliorer la qualité de vie des clientèles et la pratique médicale.

La conclusion d'une entente formelle de lecture des examens avec une équipe de radiologistes viendrait grandement sécuriser le maintien de ce service pour la clientèle de Chibougamau, Chapais et des communautés cries environnantes.

Projet aux soins de longue durée

Dans le cadre du Plan d'action régional 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie, le CRSSS de la Baie-James a déposé, en décembre 2005, une liste de projets de rénovation fonctionnelle majeure et mineure. En mai 2007, Monsieur Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux, a autorisé le CRSSS de la Baie-James à aller de l'avant pour la réalisation à Chibougamau d'un projet d'un montant maximal de 4,3 millions de dollars.

Le projet consiste à relocaliser les clients hébergés au milieu de vie du Centre de santé de Chibougamau dans un espace pouvant accueillir 16 résidants, avec la perspective d'ajouter 8 places éventuellement. Un centre de jour sera aussi déployé à même cet espace pour la clientèle plus autonome. Les locaux répondront à toutes les exigences d'un réel milieu de vie et permettront d'offrir un meilleur environnement aux résidants et un milieu de travail plus adapté pour les intervenants.

Au cours des prochains mois, le CRSSS de la Baie-James élaborera un *Programme fonctionnel et technique* pour le projet à Chibougamau.

Travaux à Matagami

Les travaux de réaménagement fonctionnel du Centre de santé Isle-Dieu, attendus depuis plusieurs années, ont été annoncés le 29 août 2005. Le projet prévoit une importante rénovation de l'ensemble de l'édifice.

Le CRSSS de la Baie-James a également décidé d'investir 100 000 $ qui viendront s'ajouter aux sommes déjà prévues et qui serviront à des améliorations dans le secteur des soins de longue durée pour en faire un milieu de vie pour les résidants hébergés.

La problématique des dépassements des coûts étant donné des problématiques au niveau des devis a été solutionnée au cours de l'année. Les appels d'offres ont été lancés et les travaux débutent en octobre 2007.

Élections et désignations au conseil d'administration

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Philippe Couillard, a déterminé que des élections et des désignations pour renouveler les conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux auraient lieu à compter de l'automne 2006. Le processus d'élections et de désignations s'est terminé en janvier 2007 et tous les postes disponibles au conseil d'administration du CRSSS de la Baie-James ont été comblés. Deux scrutins ont eu lieu pour la désignation par et parmi les membres du Conseil des infirmières et infirmiers et par et parmi le personnel qui n'est pas membre du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, du Conseil des infirmières et infirmiers ou du Conseil multidisciplinaire. Au niveau de la population, un scrutin a eu lieu pour la sous-région de Radisson, Valcanton et Villebois avec un taux de participation parmi les plus élevés au Québec.

Commissaire régional et local aux plaintes et à la qualité des services

À l'automne 2006, le conseil d'administration du CRSSS de la Baie-James procédait à la nomination de la commissaire régionale et locale aux plaintes et à la qualité des services. Notre établissement

respecte ainsi les nouvelles exigences légales en matière de traitement des plaintes, notamment en ce qui concerne l'exclusivité de fonction. Vous trouverez d'ailleurs en deuxième partie du présent document le *Rapport annuel 2006-2007 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services*.

Toutes les équipes de notre organisation, le personnel, les médecins, les gestionnaires et les bénévoles contribuent à améliorer notre offre de services à la population du Nord-du-Québec, à soutenir nos clientèles qui ont besoin de soins ou d'aide. C'est grâce à ce travail quotidien que nous pouvons tracer un bilan aussi positif de l'année qui se termine. Nous tenons à les en remercier.

Le président du conseil d'administration,

Denis Lemoyne

La présidente-directrice générale

Diane Laboissonnière

DÉCLARATION DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion 2006-2007 du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'établissement;
- Présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- Présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2007.

Rapport de la direction

Les états financiers du CRSSS de la Baie-James ont été dressés par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

Le CRSSS de la Baie-James reconnaît qu'il est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui le régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur externe a procédé à la vérification des états financiers du CRSSS de la Baie-James, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur externe peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité des finances pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

La présidente-directrice générale,

Diane Laboissonnière

TABLE DES MATIÈRES

Mot du président du conseil d'administration et de la présidente-directrice générale I
Déclaration de la présidente-directrice générale V
Liste des tableaux et des graphiques IX
Liste des acronymes X

Première partie

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2006-2007

Présentation du territoire, de la population et de l'organisation 1

1. Les programmes-services 6

Les programmes-services destinés à la population 7
Le programme de santé publique 7
Les services généraux, activités cliniques et d'aide 16

Les programmes-services répondant à des problématiques particulières 25
Perte d'autonomie liée au vieillissement 25
Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement 26
Jeunes en difficulté 27
Dépendances 28
Santé mentale 29
Santé physique 30

2. Les programmes-soutien 33

Administration et soutien aux services 35
Ressources humaines 35
Ressources financières 41
Ressources informationnelles 41
Gestion des risques et de la qualité 42

Gestion des bâtiments et des équipements 43

3. Le programme de soutien aux organismes communautaires 45

4. Les services préhospitaliers d'urgence et les mesures d'urgence 51

5. Principales activités des conseils consultatifs du conseil d'administration..... 55

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens..... 57
Le Conseil des infirmières et infirmiers..... 57
Le Conseil multidisciplinaire..... 57
Le comité régional des usagers..... 57

Annexes du rapport annuel de gestion

Annexe 1 Bilan de suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité..... 59
Annexe 2 Organigramme du CRSSS de la Baie-James au 31 mars 2007..... 97
Annexe 3 Données financières..... 101
Annexe 4 *Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration*..... 113

DEUXIÈME PARTIE

RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES 2006-2007..... 127

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

Tableau 1	Distances en kilomètres	2
Tableau 2	Investissements en déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (2006-2007)	27
Tableau 3	Dépenses de recherche et d'embauche de candidats en 2006-2007	38
Tableau 4	Effectifs au 31 mars 2007 et années antérieures	38
Tableau 5	Effectifs en omnipratique	40
Tableau 6	Médecine spécialisée (Chibougamau)	40
Tableau 7	Statistiques sur les consultations des employés vs les conjoints et les enfants, 2006-2007	40
Tableau 8	Statistiques sur le groupe d'âge et le sexe des individus qui ont consulté, 2006-2007 (secteur est et ouest)	40
Tableau 9	Coûts reliés à l'assurance-salaire	41
Tableau 10	Provenance des sommes allouées aux organismes communautaires en 2006-2007	48
Graphique 1	Évolution des subventions versées aux organismes communautaires	49

LISTE DES ACRONYMES

ACLS	Soins avancés en réanimation cardiorespiratoire (Advanced Cardiac Life Support)
ANLS	Advanced Neonatal Life Support (soins avancés en réanimation néonatale)
APES	Association des pharmaciens en établissement de santé
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
ARH	Agent de relations humaines
ASLO	Advanced Life Support and Obstetrical (soins avancés en réanimation obstétricale)
ATLS	Advanced Trauma Life Support
C. difficile	*Clostridium difficile*
CGO	Comité de gestion opérationnelle
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSSN	Community Health and Social Services Network
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CSST	Commission sur la santé et la sécurité du travail
DEA	Défibrillateur externe automatique
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
ETC	Équivalent à temps complet
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GED	Grille d'évaluation du développement
GESTA	Gestion du travail et de l'accouchement
IAB	Initiative amis des bébés
IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITSS et auprès de leurs partenaires
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LPJ	*Loi sur la protection de la jeunesse*
LSST	*Loi sur la santé et la sécurité du travail*
MDSA	Moniteur défibrillateur semi-automatique
MELS	Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPTMQ	Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec
PECH	Programme éducatif canadien d'hypertension
PFT	*Programme fonctionnel et technique*
PNF	Programme national de formation
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PSSP	Programme de subventions en santé publique
QES	Questionnaire de l'environnement socioéducatif
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SIMASS	Système d'information sur le mécanisme d'accès aux services spécialisés
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SISJ	*Subvention relative à l'initiative sociale de la Jamésie*
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
TED	Troubles envahissants du développement
TNCSE	Table nationale de concertation en santé environnementale
VVS	Villes et Villages en santé

PREMIÈRE PARTIE

Rapport annuel de gestion

2006-2007

CENTRE RÉGIONAL
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES

PRÉSENTATION DU TERRITOIRE, DE LA POPULATION ET DE L'ORGANISATION

Le CRSSS de la Baie-James est l'unique établissement basé dans la région et offrant des services de santé et des services sociaux à la population de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec (10). Son territoire, celui de la Baie-James, est immense avec une superficie de 300 000 km^2. Les Jamésiens sont regroupés principalement dans cinq villes et localités très éloignées les unes des autres : Chapais, Chibougamau, Lebel-sur-Quévillon, Matagami et Radisson. On retrouve, au sein de l'établissement, les missions de centre hospitalier, de centre d'hébergement et de soins de longue durée, de CLSC, de centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle et pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes. Le CRSSS de la Baie-James compte un centre local de service dans chacune de ces communautés :

- Chapais — Centre de santé René-Ricard;
- Chibougamau — Centre de santé de Chibougamau;
- Lebel-sur-Quévillon — Centre de santé Lebel;
- Matagami — Centre de santé Isle-Dieu;
- Radisson — Centre de santé de Radisson.

Les localités de Valcanton et Villebois font également partie de la région. Le CRSSS de la Baie-James les dessert en ce qui concerne le financement des soins et services et celui des organismes communautaires. Les volets de prévention et de promotion de la santé et l'offre de service sont assurés par entente de service avec le Centre de santé et de services sociaux des Aurores boréales de La Sarre. Une infirmière de milieu et un intervenant social œuvrent dans ces localités depuis 2004.

Les distances entre chaque localité, l'isolement et l'éloignement des grands centres contribuent à rendre difficile l'organisation des services. On ne peut, par exemple, faire beaucoup de partages entre deux villes séparées par des centaines de kilomètres. Cette situation force le maintien des services de base et d'infrastructures dans des localités dont la population est restreinte. De plus, le déplacement des usagers pour les services spécialisés ou les cas d'urgence est une réalité inévitable et entraîne des coûts qu'on ne retrouve pas nécessairement dans d'autres régions.

La carte ci-dessous illustre l'éloignement relatif entre les villes et donne un aperçu des distances impliquées.

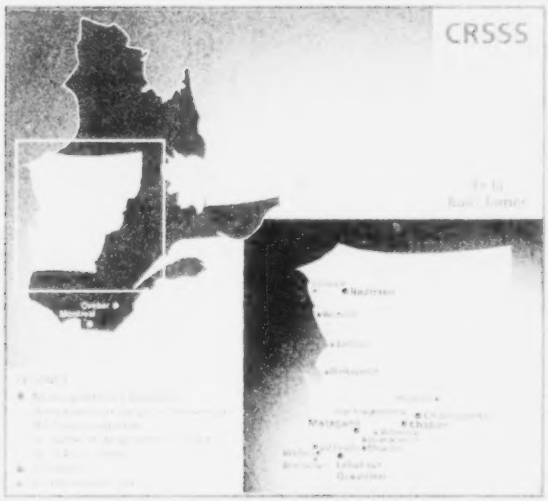


Tableau 1 : Distances en kilomètres

							Beaucanton
						Val-Paradis	16
					Villebois	17	14
				Chibougamau	566	569	552
			Chapais	44	522	525	508
		L-S-Q*	214	262	308	311	294
	Matagami	349/113[1]	563	607	827	831	814
Radisson	625	977	1152	1235/792[2]	952	956	939

* Lebel-sur-Quévillon

Source : Société de développement de la Baie James

1. Kilométrage via la route traditionnelle/kilométrage via R-1005 (route forestière)
2. Kilométrage via la route traditionnelle/kilométrage via la Route du Nord

Les communautés cries et inuites possèdent leur propre organisation de santé et de services sociaux, respectivement le Conseil Cri de Santé et de Services sociaux de la Baie James (région sociosanitaire 18) et la Régie régionale Kativik (région sociosanitaire du Nunavik, 17). Ensemble, les trois régions sociosanitaires desservent la population de la grande région administrative du Nord-du-Québec.

Malgré ses dimensions phénoménales, le territoire est peu densément peuplé. En effet, les données du dernier recensement (2006) établissent à 14 871 personnes la population jamésienne. Toutefois, lorsqu'on ajoute la population crie habitant le territoire (14 131 personnes selon la même source), ce nombre s'élève à 29 002 personnes. Si les Cris possèdent leur propre réseau de santé et de services sociaux, en pratique, il arrive tout de même que nous ayons à offrir des services aux autochtones, surtout pour certaines communautés du sud, situées à l'intérieur des terres : Mistissini, Oujé-Bougoumou et Waswanipi. Cette clientèle de l'intérieur des terres s'élevait à 4 977 personnes en 2001. Fait intéressant : ces trois communautés ont enregistré une augmentation de leur population de 13,5 % entre 1996 et 2001.

La carte ci-dessous illustre l'éloignement relatif entre les villes et donne un aperçu des distances impliquées.

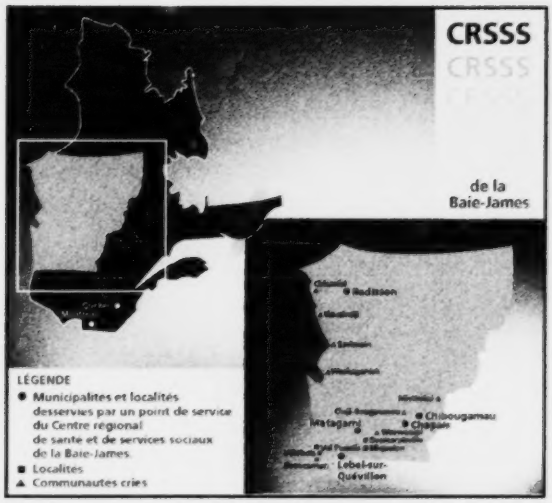


Tableau 1 : Distances en kilomètres

						Val-Paradis	Beaucanton
					Villebois	17	14
				Chibougamau	566	569	552
			Chapais	44	522	525	508
		L-S-Q*	214	262	308	311	294
	Matagami	349/113[1]	563	607	327	331	314
Radisson	625	977	1152	1235/792[2]	952	956	939

* Lebel-sur-Québillon

Source : Société de développement de la Baie-James

1 Kilométrage via la route traditionnelle/**kilométrage via R-1005 (route forestière)**

2 Kilométrage via la route traditionnelle/**kilométrage via la Route du Nord**

Les communautés cries et inuites possèdent leur propre organisation de santé et de services sociaux, respectivement le Conseil Cri de Santé et de Services sociaux de la Baie James (région sociosanitaire 18) et la Régie régionale Kativik (région sociosanitaire du Nunavik, 17). Ensemble, les trois régions sociosanitaires desservent la population de la grande région administrative du Nord-du-Québec.

Malgré ses dimensions phénoménales, le territoire est peu densément peuplé. En effet, les données du dernier recensement (2006) établissent à 14 871 personnes la population jamésienne. Toutefois, lorsqu'on ajoute la population crie habitant le territoire (14 131 personnes selon la même source), ce nombre s'élève à 29 002 personnes. Si les Cris possèdent leur propre réseau de santé et de services sociaux, en pratique, il arrive tout de même que nous ayons à offrir des services aux autochtones, surtout pour certaines communautés du sud, situées à l'intérieur des terres : Mistissini, Oujé-Bougoumou et Waswanipi. Cette clientèle de l'intérieur des terres s'élevait à 4 977 personnes en 2001. Fait intéressant : ces trois communautés ont enregistré une augmentation de leur population de 13,5 % entre 1996 et 2001.

Le CRSSS de la Baie-James emploie dans ses cinq centres locaux de service et au centre administratif plus de 600 employés. En 2006-2007, sa masse salariale s'établissait à plus de 29 millions de dollars.

Contexte géopolitique

Depuis 1993, le réseau régional de santé et de services sociaux a dû intégrer de nombreux changements et s'adapter à son environnement. Comme organisation, le CRSSS de la Baie-James poursuit son développement en maintenant ce dynamisme essentiel dans une jeune région où beaucoup reste à réaliser et qui, de plus en plus, a en main les outils et leviers pour le faire.

Les citoyens de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec partagent ce grand territoire avec les Cris, desservis par leur propre réseau de santé et de services sociaux, conformément à la Convention de la Baie-James et du Nord québécois. Toutefois, surtout à Chibougamau, les résidants des communautés cries ont recours aux services du CRSSS de la Baie-James. Plus au nord, les habitants du village de Radisson sont référés régulièrement à Chisasibi lors des visites de médecins spécialistes ou pour des examens radiologiques, des observations.

Juin 2001 a été marqué par le lancement de la *Politique de développement du Nord-du-Québec* « par laquelle le gouvernement manifeste à la population de cette région sa détermination à appuyer de manière exceptionnelle le développement de cet immense territoire québécois. »

Elle traduit la volonté du gouvernement du Québec de soutenir l'initiative et la vie dans le Nord-du-Québec en collaboration avec les peuples autochtones, en « misant sur une approche de développement durable, valorisant la responsabilisation des populations du territoire [...], reconnaissant et intégrant dans la gouverne de l'État québécois les spécificités du Nord-du-Québec et de son développement. » Il est de la responsabilité des communautés du Nord-du-Québec de faire valoir leurs besoins et la politique vise à appuyer et valoriser les initiatives des communautés pour offrir aux résidants la meilleure qualité de vie possible. Dans cet ordre d'idées, notre plan d'organisation vise à pourvoir le CRSSS de la Baie-James d'une assise de développement solide en matière de santé et de services sociaux afin de soutenir la population du territoire dans les domaines de la santé et des services sociaux.

Enfin, toujours en juin 2001, l'Assemblée nationale adoptait le projet de loi n° 28 (Loi 24) sur la gouverne qui amenait des modifications à la façon de gérer le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, y compris pour le Nord-du-Québec. Tout d'abord, un amendement important pour la région a été apporté à l'article 530.45 qui stipulait jusqu'alors qu'« aucune régie régionale n'était instituée sur le territoire. » Dorénavant, cet article se lit comme suit : « [...] l'établissement public visé par la présente partie est réputé agir comme une agence lorsqu'il exerce les diverses attributions et responsabilités que lui confèrent les dispositions particulières édictées par la présente partie. »

Avec ses responsabilités et ses défis, le CRSSS de la Baie-James se révèle une organisation unique au Québec par sa double appartenance (agence et établissement) et aussi par le nombre de missions qui lui ont été confiées. De plus, cette organisation est implantée dans une région jeune et dynamique, riche d'avenir et possédant les outils pour prendre en charge son développement.

Enfin, toujours en juin 2001, l'Assemblée nationale adoptait le projet de loi n° 28 (Loi 24) sur la gouverne qui amenait des modifications à la façon de gérer le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, y compris pour le Nord-du-Québec. Tout d'abord, un amendement important pour la région a

1 *Politique de développement du Nord-du-Québec*, p. V
2 *Ibid.*

Les programmes-services

1

LES PROGRAMMES-SERVICES DESTINÉS À LA POPULATION

Le programme de santé publique

Bilan à mi-parcours du Plan d'action en santé publique du CRSSS de la Baie-James 2004-2007 : Vers un développement durable pour des communautés et des individus en santé

Dans le but d'obtenir de l'information sur la mise en œuvre du Plan d'action en santé publique et sur le degré d'atteinte des objectifs poursuivis, la Direction de santé publique a réalisé au cours de la deuxième année d'implantation, en 2006-2007, le bilan à mi-parcours. Celui-ci permet de renforcer le rôle et la capacité d'intervention de la santé publique.

De façon globale, l'état d'avancement des activités prévues au *Plan d'action en santé publique* va bon train puisque environ 70 % des activités prévues ont déjà été déployées ou sont en bonne voie de l'être au terme de la deuxième année d'implantation. Le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques ainsi que celui du développement, de l'adaptation, de l'intégration sociale apparaissent comme ceux où des efforts supplémentaires devront être consentis pour atteindre les objectifs fixés. La Direction de santé publique a déjà entrepris des mesures concrètes pour remédier à la situation.

Les résultats du bilan à mi-parcours ainsi que les réflexions et les ajustements qui en découlent ont été présentés à l'ensemble des acteurs du CRSSS de la Baie-James : une première présentation à l'équipe de santé publique à l'occasion d'un lac-à-l'Épaule, une seconde aux membres du comité de direction et une troisième aux membres du conseil d'administration.

L'équipe de santé publique a dégagé des constats et des pistes d'actions intéressantes afin de poursuivre la mise en œuvre des activités prévues au plan d'action notamment :

- la difficulté d'assurer pour un même porteur de dossier tout le continuum de services - de la promotion et la prévention à l'organisation des services;
- la désignation d'un cadre imputable du programme de santé publique dans chacun des centres de santé.

À ce jour, chaque centre de santé a nommé un cadre imputable au programme de santé publique et ceux-ci se réuniront prochainement pour échanger sur les principaux dossiers à venir dont notamment, l'entente de gestion.

En définitive, le bilan à mi-parcours du *Plan d'action en santé publique* aura permis d'apprécier la pratique de la santé publique, d'évaluer dans quelle mesure les activités sont offertes, de décrire les écarts observés par rapport à ce qui avait été planifié et d'apporter les ajustements ou les éclaircissements nécessaires.

Le développement des communautés : une approche globale et intégrée

MILIEU EN SANTÉ

École en santé, mieux vivre ensemble...

Le milieu scolaire de la Jamésie porte maintenant les couleurs de l'approche *École en santé, mieux vivre ensemble...* qui permet d'intervenir en prévention et en promotion de la santé à partir de l'école. En novembre 2006, des intervenants des treize écoles ont participé à une mise à niveau des principes de base de l'approche et ont amorcé un plan d'action permettant d'intervenir sur les facteurs clés du

développement optimal des jeunes à l'école, dans la famille ainsi que dans la communauté.

À cette occasion, la Direction de santé publique s'est associée à la Direction des services complémentaires de la Commission scolaire de la Baie-James pour produire un fascicule destiné aux intervenants des milieux scolaires et de la santé intitulé : *Réalités des élèves du Nord-du-Québec dans le cadre de l'approche École en santé.*

Alliant les résultats de l'enquête *Au Nord-du-Québec, nos ados nous parlent…* à ceux du *Questionnaire de l'environnement socioéducatif de mon école* (QES), cet outil intersectoriel combine différentes sources de données sur les jeunes pour documenter régionalement chacun des facteurs clés du développement sain des jeunes. De cette analyse, des orientations régionales sont énoncées afin de faciliter la démarche vers une école en santé.

La *subvention à l'initiative sociale de la jamésie*
Lancée officiellement en septembre 2006, la *Subvention relative à l'initiative sociale de la Jamésie (SISJ)* est le fruit de l'entente spécifique en développement social conclue en juillet 2006 entre le CRSSS de la Baie-James, la Conférence régionale des élus de la Baie-James, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, le ministère des Affaires municipales et des Régions ainsi que le Comité de développement social de la Baie-James. La *SISJ* offre un soutien financier aux organismes locaux et régionaux pour leur contribution au développement social de la Jamésie. Au cours de l'exercice 2006-2007, la SISJ a contribué à la réalisation de 9 projets locaux et 5 projets régionaux pour un total de 40 882 $.

Les Jamésiens à la une de la revue *Développement social*
Les Jamésiens ont été le sujet central du dossier régional d'une édition de la revue *Développement social*, publiée environ quatre fois par année et distribuée aux organismes et individus intervenant en développement social à la grandeur du Québec. Elle présente les nombreuses facettes du développement social et contribue, par le fait même, à une meilleure connaissance de ses pratiques. Intitulé *Les défis nordiques des Jamésiens*, le dossier régional du numéro de mars 2007 présente un portrait fidèle de notre région grâce à une série d'articles traitant des réalités régionales ainsi que de ceux et celles qui s'activent sur le terrain pour le mieux-être de nos populations. Ce dossier spécial, auquel sont étroitement associés la Direction de santé publique et le Comité de développement social de la Baie-James, se veut un regard sur l'action intersectorielle, la participation citoyenne ainsi que les initiatives permettant l'amélioration de la qualité de vie en Jamésie.

PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

Bulletin *À votre santé*
Publié depuis juin 2005, ce bulletin traite de différents sujets de santé publique qui s'adressent directement aux intervenants de 1ère ligne. Pour l'instant, il constitue le moyen privilégié de véhiculer auprès des professionnels concernés, les connaissances les plus récentes dans le domaine des pratiques cliniques préventives.

Les sujets traités au cours de la dernière année ont été les suivants :

- Juin 2006 : ***Pour profiter de l'été… en santé!*** où l'on traite des maladies entériques d'origine alimentaire et des recommandations sur la consommation de poissons dans un contexte de présence de mercure dans le poisson.
- Septembre 2006 : ***Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein*** : pour lutter contre le cancer.

- Décembre 2006 : ***L'alcoolisme et les autres toxicomanies*** **:** de l'estimation des coûts sociaux et économiques à l'élaboration des priorités d'intervention.
- Mars 2007 : ***La prévention est-elle rentable?***

Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale

Prévention de la violence : présentation de la pièce de théâtre *La petite voix*
En mars 2007, le Théâtre Parminou a présenté la pièce de théâtre *La petite voix* dans les écoles secondaires de la région. La pièce vise à prévenir la violence dans les relations amoureuses à l'adolescence et à favoriser l'établissement de rapports égalitaires entre les garçons et les filles de 13 à 15 ans. Celle-ci a été présentée à Radisson, Lebel-sur-Quévillon, Matagami et Chibougamau. Au total, ce sont près de 800 étudiants du 1er au 5e secondaire qui ont assisté à la présentation.

Entente de service avec le Comité de prévention du suicide de Lebel-sur-Quévillon
Une entente de service entre le Comité de prévention du suicide de Lebel-sur-Quévillon et le CRSSS de la Baie-James a été conclue au cours de la dernière année. Le comité de prévention du suicide viendra soutenir la Direction de santé publique dans la réalisation de son plan d'action régional et établira une collaboration afin d'offrir les services en prévention du suicide, les plus complets possible. L'entente est renouvelable annuellement.

Protocole interne pour les centres désignés
Un comité multidisciplinaire a élaboré, dans le cadre des centres désignés destinés aux victimes d'agressions sexuelles, un protocole interne de fonctionnement lorsqu'une victime d'agression sexuelle se présente dans les centres de santé de Radisson, Matagami, Lebel-sur-Quévillon et Chibougamau (pour les victimes de Chapais également). Un lancement et de la publicité sont prévus pour mai 2007.

Le projet de politique en périnatalité
En juin 2006, le MSSS a procédé à une vaste consultation sur le projet de politique en périnatalité auprès de différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires. Les objectifs de cette consultation étaient de connaître le point de vue des acteurs de la région sur les orientations prioritaires et les stratégies d'action proposées pour la mise en œuvre de celles-ci. Lors de cette journée, les participants au nombre de 16 ont pu s'exprimer sur les avantages des actions proposées, les difficultés appréhendées ainsi que sur les particularités régionales. L'adoption ministérielle de ce projet de politique a eu lieu en décembre 2006.

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)
La dernière année a été marquée par le déploiement des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) au Centre de santé Isle-Dieu de Matagami, ce qui complète l'offre de services régionale. Ainsi, les SIPPE sont maintenant offerts sur tout le territoire nord-québécois. Rappelons qu'au Centre de santé de Radisson, il n'y a présentement pas de clientèle mais les services seront offerts au besoin.

De plus, dans le cadre de ce programme, les intervenants des différentes localités ont reçu la formation du module 3 *L'attachement au cœur du développement du nourrisson.* Cette formation qui regroupait 19 intervenants a eu lieu en septembre 2006.

L'initiative amis des bébés (iab)
Politique en allaitement maternel
C'est en juin 2006 que le conseil d'administration du CRSSS de la Baie-James a adopté la politique en allaitement maternel. Celle-ci respecte les critères de l'*Initiative amis des bébés* (IAB) élaborée par

l'OMS et l'Unicef en 1991. Elle est la principale stratégie retenue dans les lignes directrices nationales (Santé Canada, 2000b) et elle vise à augmenter les taux d'initiation, de durée et d'exclusivité de l'allaitement.

Rappelons que l'IAB est un programme international de qualité de soins destiné à améliorer la pratique de l'allaitement maternel. Sa philosophie étant de soutenir toutes les mamans à partir d'une prise de décision éclairée et s'adresse à tous les bébés. C'est-à-dire qu'il offre aussi des avantages aux mères qui ont décidé de ne pas allaiter puisque plusieurs pratiques de soins recommandées sont favorables autant aux bébés nourris avec des préparations commerciales que les bébés allaités. C'est dans cette perspective que la politique a vu le jour.

Afin de soutenir les intervenants dans cette amélioration de soins, la formation du module 1 : *Les bases de l'allaitement maternel* ainsi que la formation du module 2 : *Les défis de l'allaitement maternel* ont été offertes aux médecins et intervenants de la région en avril et novembre 2006. Au total, ce sont respectivement 15 et 26 personnes qui ont assisté aux formations. De plus, toujours dans le but d'améliorer les pratiques, de la supervision clinique a été donnée aux intervenantes travaillant directement auprès de la clientèle visée.

Mesure du niveau d'implantation de L'Initiative amis des bébés
Dans le but d'apprécier le travail réalisé par les cliniciens en allaitement maternel, la Direction de santé publique et les centres de santé ont accepté de procéder à la mesure du niveau d'implantation de l'IAB. Cette évaluation s'inscrit dans le cadre de l'évaluation des lignes directrices en matière d'allaitement maternel et a lieu dans la majorité des régions du Québec. Elle s'effectue au moyen d'entrevues avec des intervenants et des mères et permettra d'améliorer les services offerts en périnatalité tout au long des périodes prénatale, pernatale et postnatale. Les entrevues dirigées par une consultante ont eu lieu en février et mars 2007 avec les intervenantes et se poursuivront avec les mères au cours des prochains mois.

Le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques

LUTTE AU TABAGISME

Loi sur le tabac
Dans le cadre de l'application de la *Loi sur le tabac*, une campagne d'information a été organisée auprès des milieux de travail. Une des principales activités a été de visiter les propriétaires de bars et de restaurants afin de leur transmettre de l'information et de répondre à leurs questions. Également, la Direction de santé publique a accueilli, dans ses locaux, les propriétaires de bars et de restaurants pour une séance d'information portant sur la *Loi sur le tabac* et les abris pour fumeur. Cette rencontre était animée par le Service de lutte au tabagisme du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Toujours dans le but de soutenir l'application de la Loi, de l'accompagnement a également été offert aux établissements scolaires par la promotion du *Guide de mise en œuvre d'une stratégie pour un terrain d'école sans tabac* ainsi qu'aux différents centres de santé de la région.

Activités de prévention
La tournée *IN VIVO* a rencontré cette année les élèves de l'est de la région, en novembre 2006. Au total, trois représentations ont eu lieu pour les étudiants de niveau secondaire soit deux pour les étudiants des écoles La Porte-du-Nord et Mac Lean Memorial School de Chibougamau et une autre pour ceux de l'école Le Filon de Chapais.

Pour la première fois, la maison des jeunes de Radisson a reçu la visite de MusiquePlus pour avoir remporté le concours de *La gang allumée*. Cette année, 1 école et 4 maisons de jeunes se sont impliquées dans les gangs allumées.

Promotion des saines habitudes de vie
Au cours des deux dernières années, la Direction de santé publique a engagé, au total, 3,5 ressources équivalent à temps complet (ETC) faisant en sorte que tous les centres de santé de la région ont des ressources spécifiquement dédiées à la promotion des saines habitudes de vie. Dans le but d'outiller ces intervenants, un cadre de référence en promotion des saines habitudes de vie est en rédaction, en lien avec le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*. Ainsi, l'enjeu pour la prochaine année sera de faire connaître le cadre de référence et de former les intervenants à l'approche *0-5-30 – combinaison prévention* pour que des actions de promotion et de prévention émergent du milieu. Pour atteindre ces objectifs dans ce dossier, la Direction de santé publique a embauché, en février 2007, un agent de planification, de programmation et de recherche pour un contrat de 1 an, ce qui devrait permettre à l'équipe de finaliser le cadre de référence et de former les intervenants à l'approche *0-5-30*.

Promotion de l'activité physique
L'implication de la Direction de santé publique dans le domaine de l'activité physique a été particulièrement importante au niveau des centres de conditionnement physique de la région. Dans ce sens, un soutien a été offert pour la mise sur pied d'un centre de conditionnement communautaire à Chapais et à Lebel-sur-Quévillon. Ces deux municipalités se sont dotées de nouveaux environnements favorables à la pratique d'activités physiques. Ces deux projets constituent une amélioration de l'environnement physique et social et permettent maintenant à toute la population de profiter d'une opportunité supplémentaire de pratiquer une activité physique.

De plus, un soutien a été offert aux deux centres de conditionnement physique de Chibougamau dans le but d'améliorer l'offre de services à la population pour la pratique d'activité physique. Un comité de concertation local animé par la Direction de santé publique a été constitué et le soutien de la santé publique dans ce dossier s'est résumé par des activités de formation et d'échange d'expertise.

Projet *Santé buccodentaire et prothétique en CHSLD*
Dans le cadre de l'implantation du projet *Santé buccodentaire et prothétique en CHSLD*, un portrait et une analyse sommaire avec orientations et recommandations de la situation buccodentaire ont été réalisés en janvier 2007 auprès des 20 résidants du milieu de vie du Centre de santé de Chibougamau. Ce projet vise d'abord à poursuivre l'amélioration au niveau des soins d'hygiène buccodentaire et prothétique (volet préventif) auprès des personnes en perte d'autonomie et ensuite, à mieux répondre à leurs besoins au niveau des traitements dentaires et prothétiques (volet curatif). À partir d'éléments d'information de ce portrait, il sera possible d'adapter le contenu de la formation destinée au personnel du milieu de vie afin d'améliorer la situation. Une formation est prévue en mai 2007.

Le domaine des traumatismes non intentionnels

La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile
Cette année, la formation pour le volet multifactoriel non personnalisé a été offerte aux intervenants des centres de santé de Lebel-sur-Quévillon et Matagami. Dans ces deux communautés, des efforts de recrutement ont été réalisés afin de constituer des groupes mais peu de gens se sont montrés intéressés jusqu'à maintenant.

Le déploiement de ce volet est prévu au Centre de santé René-Ricard ainsi qu'au Centre de santé de Chibougamau au cours de la prochaine année. D'ailleurs, une allocation budgétaire récurrente de 28 000 $ a été attribuée au Centre de santé de Chibougamau pour offrir ce service dans les deux villes.

Le domaine des maladies infectieuses

Dépistage et prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)
Dans le cadre du déploiement des services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), deux formations ont été données aux professionnels de la santé : *Intervention de dépistage pour les infections transmissibles sexuellement et par le sang* (ITSS) et *Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITSS et auprès de leurs partenaires* (IPPAP). Ces formations ont eu lieu en septembre 2006 et janvier 2007 et ont rejoint respectivement 11 et 12 personnes. D'autres formations restent à venir notamment la formation pratique permettant le développement des habiletés techniques requises pour effectuer les prélèvements en vue du dépistage des ITSS.

De plus, quatre formations ont été organisées dans la région à la demande du milieu. Il s'agit de trois formations sur l'homosexualité et une sur les stratégies de réduction des méfaits liés à l'usage des drogues. Ces formations ont eu lieu à Chapais, Chibougamau et Lebel-sur-Quévillon et ont rejoint environ 110 personnes (intervenants de la santé et des services sociaux, enseignants et intervenants d'organismes communautaires).

Maladies évitables par l'immunisation
Dans le but de mieux outiller les infirmières de la région en vaccination, une formation de vaccination de base ainsi qu'une formation de vaccination des voyageurs ont été offertes. Au total, 11 infirmières ont suivi ces deux formations soit 7 lors de la formation donnée à Chibougamau en juin 2006 et 4 lors de la formation donnée à Radisson en avril 2006.

Maladies à déclaration obligatoire et en émergence
Au cours de l'année, 24 enquêtes épidémiologiques ont été réalisées dans la région du Nord-du-Québec. Les motifs pour lesquels ces enquêtes ont été réalisées sont les infections de coqueluche, *E. Coli*, gastro-entérite épidémique, gonorrhée, hépatite B, hépatite C, toxi-infection alimentaire et morsure.

Le domaine de la santé environnementale

La santé environnementale
Depuis la signature de l'entente de service avec la Direction de santé publique des Laurentides en 2003, ce domaine était sous la responsabilité exclusive des professionnels des Laurentides. Toutefois depuis plus d'un an, le médecin-conseil de la région du Nord-du-Québec siège sur la TNCSE (table nationale de concertation en santé environnementale) et tout récemment, il a accepté le rôle de répondant régional en santé environnementale. À ce titre, il agira un peu comme intervenant-pivot; en ce sens il aura pour mandat de faciliter les relations et les communications entre les différents organismes qui peuvent être confrontés à des problématiques de santé environnementale et l'équipe d'experts de la Direction de santé publique des Laurentides, en plus d'assurer une partie du rôle de vigie en santé environnementale.

Études d'impact

Au cours des derniers mois, plusieurs grands projets de développement dans le Nord-du-Québec ont nécessité l'expertise de l'équipe de santé environnementale, principalement au regard des études d'impact, dont voici les principaux :

- Projet de mégaporcherie à Chapais;
- Projet de détournement de la rivière Rupert;
- Projet de la mine de Vanadium à Chibougamau;
- Modification au projet de restauration de la mine Selbaie au nord de Valcanton.

Le domaine de la santé en milieu de travail

La santé au travail

Dans un premier temps, il est important de mentionner l'organisation particulière de la santé au travail dans notre région, car elle est assumée par deux directions de santé publique différentes. Ainsi, une entente de service avec la Direction de santé publique du Saguenay – Lac-Saint-Jean assure les services pour les villes de Chapais et Chibougamau, tandis que les localités de Lebel-sur-Quévillon et Matagami sont couvertes par la Direction de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue.

Outre les mandats spécifiques confiés par la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (LSST), plusieurs nouveaux programmes et activités ont été mis en place par les équipes de santé au travail de la région au cours de la dernière année :

- Programme de vaccination contre les risques biologiques (hépatite A et B);
- Risques ergonomiques : analyse de postes informatisés;
- Nouveau protocole de dépistage auditif qui cible les individus les plus à risque au lieu de faire du dépistage de masse; ce dépistage est effectué par les infirmières de santé au travail et ne fait donc plus appel à l'unité mobile du Centre d'expertise en dépistage;
- Amiante : dépistage de l'amiantose chez des travailleurs à risque du secteur de la construction;
- Augmentation substantielle des demandes de services (demandes *ad hoc*), dont une grande partie concerne la qualité de l'air intérieur.

En terminant, il semble important de mentionner qu'à la suite d'une réorganisation des services orchestrée par la Commission sur la santé et la sécurité du travail (CSST), les équipes de santé au travail doivent désormais concentrer leurs activités en regard des entreprises des groupes prioritaires I, II et III et ne répondront donc plus aux demandes provenant des entreprises des groupes IV, V et VI, sauf s'il y a urgence d'intervenir. Au cours des dernières années, les équipes ayant entrepris des activités de prévention avec plusieurs entreprises de ces 3 derniers groupes, elles ont reçu le mandat de la CSST de terminer toutes ces activités planifiées au cours de l'année 2007 et d'aviser les entreprises que dorénavant nous ne pourrons plus répondre à leurs demandes.

La surveillance, la recherche et l'évaluation

Favoriser la diffusion ainsi que l'appropriation des résultats caractérise certes, les activités de surveillance, de recherche et d'évaluation réalisées en 2006-2007. En effet, pour être davantage utiles aux décideurs et aux planificateurs, pour mieux soutenir la prise de décision, pour développer des connaissances assurant une meilleure pratique en santé publique et pour favoriser l'intersectorialité, les agentes de recherche de la Direction de santé publique ont organisé, animé ou participé à plusieurs

événements visant le transfert de connaissances. Ces implications se traduisent sous différentes formes notamment :

- Présentation de l'enquête *Au Nord-du-Québec, nos ados nous parlent...* auprès des intervenants jeunesse de la région;
- Présentation de la région aux employés des services Info-Santé et Info-Social de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean;
- Présentation du *Portrait de la communauté Matagami* lors du lancement organisé par le comité Villes et Villages en santé de Matagami;
- Présentation du *Portrait de la communauté Chibougamau* aux conseillers municipaux de Chibougamau;
- Présentation sur les maladies chroniques et leurs déterminants lors du premier colloque du Nord-du-Québec sur les maladies chroniques;
- Présentation sur *Les retombées des sept portraits de communauté* au conseil d'administration du CRSSS de la Baie-James;
- Présentation sur le *Portrait de santé de Lebel-sur-Quévillon* aux employés du Centre de santé Lebel.
  Présentation du profil sociodémographique *Connaissez-vous les Jamésiens ?* Au conseil d'administration ainsi qu'aux gestionnaires et professionnels des directions régionales.

De façon plus spécifique, voici les principales productions de surveillance, recherche et évaluation.

Surveillance

Connaissez-vous les Jamésiens ?
Conformément au mandat d'informer, la Direction de santé publique du CRSSS de la Baie-James a fait paraître le profil sociodémographique des Jamésiens du Nord-du-Québec.

Son titre *Connaissez-vous les Jamésiens ?* est toujours une question d'actualité. En effet, quelque cinquante années marquent la présence des Jamésiens sur le territoire de la Baie-James et seulement une quinzaine d'années pour la création géopolitique du Nord-du-Québec. Cette mise à jour du profil sociosanitaire se veut une source documentaire utile pour décrire les caractéristiques sociodémographiques de ceux et celles dont le CRSSS de la Baie-James a la responsabilité populationnelle.

Malgré un bilan régional qui paraît plutôt favorable par rapport à celui de l'ensemble du Québec, l'analyse de ces caractéristiques depuis plusieurs années montre une facette probablement un peu moins positive. Le déclin observé depuis quelques années au plan démographique — départ de la population, baisse de la natalité, hausse du taux de mortalité, projections démographiques à la baisse — semble coïncider avec certains ralentissements au plan de l'activité économique qui ont inévitablement un impact sur la dynamique communautaire et la santé des collectivités.

Suivant les orientations prises dans son plan d'action, la Direction de santé publique rappelle par ce profil l'importance de créer du capital communautaire, lequel contribue à améliorer la santé et le bien-être de la population. Une diffusion élargie a permis d'inviter les nombreux partenaires à partager cette vision et à se mobiliser dans l'action pour le mieux-être des collectivités et un développement durable.

Recherche

Portrait de la communauté Matagami

Le *Portrait de la communauté Matagami* marque l'achèvement d'une série de sept portraits, financée par le *Programme de subventions en santé publique* (PSSP). La réalisation des portraits s'inscrit dans le cadre de la démarche *Villes et Villages en santé* (VVS) et elle vise à « prendre en photo » la collectivité à partir de questionnements d'acteurs impliqués dans la vie communautaire. Cette démarche favorise le partage de connaissances sectorielles et encourage la collaboration entre les différents partenaires.

Il va sans dire qu'à Matagami, la préservation du tissu social et le maintien des acquis en termes de qualité de vie teintent la trame de fond du portrait. Les résidants se sont vraiment fait entendre en regard de leur volonté d'être dans l'action et d'envisager des solutions plutôt qu'être dans l'attente. Le portrait soulève plusieurs forces vives du milieu mettant en évidence la capacité de développement de la collectivité : la solidarité, la détermination, la mobilisation de même que la qualité et la créativité de sa main-d'œuvre.

Le *Portrait de la communauté Matagami*, tout comme ceux des autres localités, en dit long sur la dynamique locale. Ils ne peuvent qu'être utiles aux partenaires concernés par le développement social des collectivités dans leurs efforts de concertation. Les portraits représentent des outils de mobilisation parce qu'ils dressent les priorités d'action partagées collectivement et qu'ils permettent d'harmoniser les interventions dans l'intérêt de la collectivité.

Pour accroître et maintenir la population jeunesse en Jamésie : Analyse des principaux facteurs

Fidèle à son implication dans le développement des communautés, la Direction de santé publique du CRSSS de la Baie-James a répondu à l'invitation lancée par le Mouvement Jeunesse Baie-James de réunir divers partenaires régionaux pour définir un projet de recherche visant à mieux connaître les jeunes de la région. Sa participation au comité *Étude sur la population jeunesse jamésienne*, se traduit par une analyse des principaux facteurs entourant le phénomène de l'exode chez les jeunes de la région.

Somme toute, les facteurs d'exode et de rétention en Jamésie sont communs aux autres régions périphériques du Québec, mais en raison de l'histoire récente ayant engendré une culture de passage et un état de dépendance, ils se vivent probablement différemment. Valoriser la Jamésie est une orientation qui devrait rejoindre élus et intervenants à développer les avantages concurrentiels à vivre au nord. En ce sens, une piste de recherche émerge de l'analyse, soit d'approfondir les connaissances sur le concept de qualité de vie des jeunes. La Direction de santé publique entend offrir son soutien méthodologique dans la poursuite des travaux.

Les services généraux, activités cliniques et d'aide

Traitements de chimiothérapie

Au cours de la dernière année, plus de 900 traitements de chimiothérapie (antinéoplasiques) ont été administrés dans nos centres au coût approximatif de 300 000 $. L'organisation actuelle des services de chimiothérapie en région favorise l'accès aux traitements le plus près possible du client tout en assurant la qualité des services offerts. La décision concernant la faisabilité de l'organisation d'un traitement de chimiothérapie dans l'un de nos centres est prise conjointement par les différents intervenants concernés afin de s'assurer de rencontrer les critères de sécurité devant entourer ce type de traitement. À ce niveau, l'organisation se penche sur la possibilité d'implanter un système de transport efficace des fournitures et traitements entre les centres de la santé de la région.

À Lebel-sur-Quévillon, le nombre de clients pouvant être traités simultanément localement est passé de 1 à 2. Les locaux ont été aménagés en conséquence.

Circuit du médicament

À l'été 2006, le ministère démarrait une démarche de révision du circuit du médicament à laquelle nous prenons part activement. Le ministère de la Santé et des Services sociaux désire que tous les établissements révisent l'organisation du travail entourant le circuit du médicament et qu'ils se dotent d'un *Plan d'action sur les systèmes automatisés et robotisés utilisés pour la distribution des médicaments* en conformité avec le plan provincial. Les actions proposées incluent la réorganisation du département de pharmacie, l'ajout de temps en assistance technique, la télépharmacie, l'implantation de la feuille d'administration des médicaments, des chariots unidoses à l'unité de soins de courte durée, la conversion au mode de distribution Manrex (cartes alvéolées) pour les unités de soins de longue durée ou les milieux de vie, la décentralisation de la gestion des stocks par lecteur de code à barres et l'informatisation des procédés. Ces changements visent entre autres à réduire la prévalence des erreurs médicamenteuses et libérer les infirmiers et pharmaciens pour des services au chevet du patient.

Le groupe ministériel a retenu un canevas descriptif du circuit comportant 54 étapes regroupées en thèmes dont la sélection des médicaments, l'émission et le traitement des ordonnances et la gestion de la médication aux unités de soins. À la suite de l'analyse effectuée dans notre établissement, plusieurs actions seront proposées et mises de l'avant afin de rencontrer les critères de conformité des différentes étapes. Plusieurs actions visent une meilleure organisation des effectifs dans le but de faire face à la pénurie provinciale de personnel en pharmacie et en soins infirmiers. Le dossier actuel suppose des investissements de la part du MSSS au niveau des équipements nécessaires à l'amélioration des procédés.

Tomodensitomètre axial

Les premiers examens de tomodensitométrie axiale au Centre de santé de Chibougamau ont eu lieu en avril 2006. La disponibilité de ce service sur place évite des transferts et permet d'obtenir un diagnostic précis et plus rapide ce qui facilite les décisions cliniques ce qui représente une amélioration importante pour la clientèle et sa qualité de vie.

Le soutien des radiologistes de l'Hôpital Laval a particulièrement contribué au démarrage du service. Toutefois, aucune entente officielle n'est encore signée pour la couverture de la lecture. Nous souhaitons que nos efforts portent leurs fruits en 2007-2008.

Au niveau des lectures urgentes des radiographies et des scannographies numérisées, les discussions actuelles laissent présager que certains équipements devront être implantés afin

d'assurer la compatibilité entre les systèmes de communication de notre établissement et le centre hospitalier receveur. Donc, les solutions technologiques et la complexité du processus de réalisation d'ententes entre deux établissements retardent la couverture des services de façon continue.

Après une année complète de fonctionnement du tomodensitomètre, le service sera évalué plus précisément. Près de 1200 examens ont été réalisés et déjà, les données préliminaires laissent entrevoir des économies importantes des coûts sociaux, humains et financiers.

Laboratoires

En juin 2006, une esquisse du plan d'organisation des services de biologie médicale pour le Nord-du-Québec a été envoyée au MSSS afin de répondre au concept d'approche populationnelle et géographique ainsi que de hiérarchisation des services mis de l'avant par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Dans la région du Nord-du-Québec, il n'y a pas de laboratoire de profil régional. Un profil local pour les trois laboratoires du CRSSS de la Baie-James a été proposé. La grandeur du territoire et son isolement nécessitent d'assurer des services de base minimaux. Les centres de santé doivent être autonomes en matière de soins généraux et de services à la population. Considérant nos particularités nordiques, la Direction des services professionnels et des affaires médicales pourra autoriser exceptionnellement le Centre de santé de Chibougamau à effectuer des analyses de type régionales ou suprarégionales.

Conformément à ces orientations, l'ajout de l'examen *fibronectine fœtale* pour la détection des patientes à risque de travail préterme a été autorisé. L'examen était recommandé par la gynécologue de notre centre de référence et un rapport de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) sur le travail préterme prône son utilisation en région éloignée. La fibronectine fœtale permet d'économiser par une diminution du nombre d'admission et d'hospitalisation de patiente en travail préterme et par une réduction du taux de transferts. Le coût de l'examen, malgré l'augmentation des besoins en ressources humaines, est donc compensé par l'économie au niveau des transferts. Cet examen permet également d'améliorer la qualité de nos services.

Un comité régional sur les laboratoires a été mis sur pied pour assurer la qualité des processus et d'uniformiser les pratiques dans les trois laboratoires de la région. Les objectifs du comité visent à répondre aux exigences de la norme CAN/CSA-Z15189 *Laboratoire d'analyses de biologie médicale - Exigences particulières concernant la qualité et la compétence* , ainsi qu'à la norme CAN/CSA Z902 *Sang et produits sanguins labiles.* À cette fin, une autoévaluation de nos laboratoires est commencée, depuis le mois de janvier 2007. Cette démarche s'inscrit dans le cadre de la planification et de la préparation de la visite d'agrément de notre établissement prévue à l'automne 2008.

En décembre 2005, l'OPTMQ énonçait une série de recommandations concernant le laboratoire du Centre de santé Isle-Dieu. Ces recommandations avaient pour objectifs d'augmenter l'efficacité du service et d'uniformiser les façons de faire. Dans le cadre du suivi du plan d'action et sa réalisation de son déploiement, un comité de travail se réunissait à tous les mois et livrait des rapports d'étape à l'OPTMQ. Dans un premier temps, la microbiologie a été révisée de fond en comble par une ressource externe. Toutes les procédures ont été refaites en regard des exigences de l'Ordre et de la démarche d'agrément et une mise à jour a été réalisée par la ressource externe; un suivi a été assuré par les collègues du laboratoire de Chibougamau.

De nouveaux équipements permettent aussi de rencontrer des pratiques de meilleure qualité. Un réfrigérateur avec enregistrement de température et un microscope ont été livrés en mars 2007 et des soumissions sont à l'étude en rapport avec une centrifugeuse plus performante de même qu'un congélateur avec alarme et graphique.

BIBLIOTHÈQUE
19 OCT. 2007
ASSEMBLÉE NATIONALE

Nous cherchons également à conclure une entente avec un médecin microbiologiste qui pourrait nous desservir.

Gestion des produits sanguins
Le travail amorcé l'an dernier pour la gestion des produits sanguins pour l'ouest de notre région est maintenant complété et a permis d'uniformiser la pratique transfusionnelle à Lebel-sur-Quévillon et Matagami en respectant les balises du centre désigné, le CSSS Vallée-de-l'Or. Une entente a été conclue à cet effet entre le CSSS Vallée-de-l'Or et le CRSSS de la Baie-James concernant la gestion des produits sanguins aux installations de Lebel-sur-Quévillon et de Matagami. Elle vise notamment à retourner les culots non utilisés de 10 à 15 jours avant la date de péremption pour qu'ils soient utilisés dans un établissement présentant un volume plus élevé de transfusions sanguines.

Cette entente a contribué à réduire grandement les pertes de culots sanguins. À titre d'exemple, le Centre de santé Isle-Dieu de Matagami a vu son taux de péremption passer de 90 % à 3,6 % pour une réserve de culots sanguins annuelle de 56 culots globulaires. L'économie est donc environ de 21 000 $ pour ce seul centre de santé, et ce, sans compter qu'il s'agit d'une matière biologique rare.

Le Centre de santé de Chibougamau a également diminué son taux de péremption de plus de 70 % à 38 % grâce à des transferts de produits sanguins vers le CSSS de Chicoutimi selon l'entente conclue en 2005-2006.

Services d'orthophonie
Avec comme objectif de définir l'offre service d'orthophonie avec les partenaires du réseau, le travail de consolidation entamé l'an dernier avec l'embauche d'une nouvelle ressource s'est poursuivi au cours de 2006-2007. Ainsi, les équipes du Centre de santé Lebel et du Centre de santé René-Ricard continuent d'être mises à contribution, la Commission scolaire de la Baie-James reçoit elle aussi des services pour ses clientèles, et les équipements de téléréadaptation de Chibougamau et de Lebel-sur-Quévillon sont mieux utilisés. Pour la clientèle de Lebel-sur-Quévillon, Matagami et Radisson, le service est offert par une orthophoniste en entente de service.

Nutrition clinique
Notre liste d'attente en nutrition clinique étant devenue assez importante, nous avons organisé des suivis de groupes en consultation externe. Cette façon de procéder permet de rencontrer plusieurs clients à la fois et donc de diminuer la liste d'attente. En effet, ce sont tout près de 50 personnes qui attendaient de recevoir des services de nutrition clinique depuis plus d'une année. La liste est maintenant épurée grâce aux rencontres de groupes réalisées le soir. La clientèle est satisfaite d'avoir eu accès aux services disponibles.

Prévention des infections
Le *Programme de prévention des infections* a été adopté par le conseil d'administration. Ce programme comprend 6 volets :

- surveillance,
- prévention et contrôle des infections,
- éducation, formation,
- Veille scientifique et recherche (développement),
- Communication,
- Évaluation et assurance-qualité.

Le programme vise à regrouper toute l'information concernant la prévention des infections et qu'elle

soit accessible à tous les travailleurs de la santé et uniforme dans l'établissement.

La direction générale, de qui relève directement le programme, et les directions des soins infirmiers et des programmes et de santé publique tiennent régulièrement le conseil d'administration de la situation prévalant dans l'établissement au niveau des risques réels et potentiels d'infections nosocomiales, des situations déclarées et de la mise en application des recommandations quant au suivi des visites de qualité et du programme de prévention des infections.

Pour la mise en œuvre du programme, un comité régional de prévention des infections a été créé ainsi que des comités locaux dans chaque centre de santé.

Élaboré en 2005-2006, le programme de formation sur les pratiques de base et les précautions additionnelles a été déployé cette année. Ainsi, ce sont 425 employés, 7 médecins, ainsi que 22 bénévoles et étudiants qui ont assisté à l'une ou l'autre des 40 sessions de formation offertes qui permettent de savoir comment, pourquoi et quand se protéger et protéger les autres et l'environnement, pour prévenir les infections nosocomiales. Étant donné que tous les travailleurs de la santé doivent recevoir cette formation, 14 formateurs régionaux poursuivront les sessions dans les centres de santé. Tout le programme est soutenu par des dépliants d'information, un manuel d'instruction et des affichettes.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis en place depuis 2004 une série de mesures visant à contrôler l'augmentation de l'incidence des infections à *Clostridium difficile (C. difficile)* dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) du Québec. À la suite d'une demande du MSSS et en collaboration avec la direction des soins infirmiers et des programmes et avec le soutien d'un spécialiste en hygiène et salubrité, la direction de santé publique du CRSSS de la Baie-James a procédé à une visite des centres de santé de Chibougamau, Lebel-sur-Quévillon et Matagami qui ont tous des lits de soins aigus. Ces visites avaient comme objectif de documenter l'aspect organisationnel, la gestion des cas et les pratiques en hygiène et salubrité qui entourent la prévention et le contrôle par *C. difficile*. Elles ont aussi permis de cibler nos zones de vulnérabilité quant à l'état des centres de santé et leurs façons de faire. C'est en janvier 2007 que la Direction de santé publique du CRSSS de la Baie-James a déposé le rapport concernant les visites d'appréciation de l'application et de contrôle des infections nosocomiales au CRSSS de la Baie-James. Un plan d'action régional sera produit au cours des prochains mois. Soulignons que l'établissement a mis en application plusieurs des recommandations, dont l'information à la clientèle, la mise en place de protocoles et de procédures visant la prévention et le contrôle de l'infection à *C. difficile* et l'intégration des sacs hygiéniques comme protection des bassins de lit.

Système intégré de récupération des seringues et des aiguilles usagées.
Le travail amorcé l'an dernier s'est poursuivi avec le recensement de tous les bureaux de tatouage, d'électrolyse, ou de perceurs de la région. Des rencontres avec les pharmaciens ont aussi eu lieu. La prochaine étape consistera à établir un mode uniforme de disposition et de transport des bacs contenant les seringues, les aiguilles et objets coupants ou tranchants.

Programme de soins des plaies
Pour augmenter et mettre à jour les connaissances en soins de plaies, une formation de 2 jours a été offerte dans l'est et dans l'ouest de la région. Ces personnes formées ont la responsabilité de maintenir leurs connaissances à jour et de partager avec l'équipe médicale et de soins infirmiers leur expertise. Un comité de soins des plaies a aussi été mis en activité pour servir de lieu d'échanges aux spécialistes. Le programme est donc maintenant implanté.

Gants de procédures et gants stériles

Avec comme objectifs de diminuer les achats hors inventaire, régionaliser les achats ainsi qu'éliminer le latex et le vinyle de nos centres de santé, un comité de travail s'est penché sur le choix de gants. Le latex provoque plusieurs allergies et peut causer des intolérances, le vinyle est non conforme en prévention des infections. Après avoir examiné les modèles qui étaient commandés, c'est-à-dire plus de 40 sortes, le comité a consulté les utilisateurs des centres en fournissant des échantillons. Dorénavant, une dizaine de sortes de gants sont disponibles, dont des gants en nitrile, en latex et en latex sans poudre.

Masques N-95.
Dans le cadre de la lutte à une éventuelle pandémie d'influenza ou pour mettre en place les précautions en cas de contamination aérienne possible, tout le personnel et les médecins doivent avoir fait l'essai du masque N-95. Des personnes ont été formées pour faire ces ajustements dans chaque centre de santé et les essayages ont débuté en janvier 2007.

Modèle régional d'intervention auprès des victimes d'un traumatisme crânio-cérébral léger
Lors de traumatismes cranio-cérébraux légers, un modèle d'intervention a été développé pour encadrer la pratique des équipes de soins. Un guide a été remis aux intervenants afin d'assurer le suivi avec le Saguenay-Lac-Saint-Jean, corridor de service pour l'est de la région. Pour le secteur ouest, les clients victimes de traumatismes sont transférés systématiquement.

Mesures de contrôle
L'élaboration du cadre de référence sur les mesures de contrôle et la formation de formateurs locaux ont été réalisées au cours de 2006-2007, en conformité avec nos obligations légales et la volonté du MSSS d'uniformiser les pratiques de mesures de contrôle au Québec. Ainsi, la contention physique ou chimique et l'isolement doivent être les derniers recours pour protéger les patients et sont désormais encadrés de façon stricte. Toutefois, pour certains, cela représente un changement important. La formation de formateurs locaux permettra de multiplier la formation et de l'offrir à tous les intervenants concernés à l'automne 2007.

Protocole de suivi pour les usagers ayant reçu des opiacés
En suivi des recommandations d'un groupe de travail mandaté par le ministère sur l'utilisation des opiacés en milieu hospitalier, un nouveau protocole de suivi des patients a été élaboré en 2006-2007 et présenté au comité de pharmacologie du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et au Conseil des infirmières et infirmiers.

Télésanté
L'implantation de projets de télésanté dans notre région isolée permet l'accès en tout temps à l'expertise de spécialistes de centres spécialisés. C'est donc sans réserve que le CRSSS de la Baie-James appuie toute démarche en ce sens dans le but d'améliorer la qualité, l'accessibilité et la continuité des services offerts à notre population. Déjà, la télénéphrologie, la télédermatologie et la télépharmacie s'avèrent des outils de travail importants à la disposition des intervenants. Au cours de l'année 2006-2007, nous avons continué les représentations aux rencontres du Comité directeur télésanté du RUIS McGill, des comités directeur des RUIS McGill et Laval, des Tables de coordonnateurs ainsi qu'au sous-comité visant des services en spécialité tels l'obstétrique, l'oncologie, la psychiatrie, la cardiologie et la pathologie, par exemple.

La téléréadaptation permet d'obtenir la collaboration de professionnels d'autres centres, d'effectuer des évaluations, des consultations et des traitements plus spécialisés. Cela se fait sans déplacement physique des clients. Déjà en activité depuis l'an dernier à Chibougamau, l'aménagement d'une salle de téléréadaption pour le Centre de santé Lebel de Lebel-sur-Quévillon et l'acquisition des équipements nécessaires au service au coût d'un peu plus de 20 000 $ ont été complétés à l'hiver

2007. Les usagers de Lebel-sur-Quévillon ont donc maintenant accès à des services de télé-orthophonie et d'autres services pourront aussi être offerts éventuellement.

Les actions à venir seront de concrétiser l'aménagement d'une salle de téléréadaptation à Matagami avec les travaux de rénovations fonctionnelles majeures prévues pour 2007-2008 et de créer un réseau intra-régional de téléréadaptation qui pourra être en contact avec ceux des autres régions.

Recrutement à Matagami et amélioration de l'offre de services
Au cours de l'année, plusieurs postes laissés vacants par des départs ont été comblés au Centre de santé Isle-Dieu. Ainsi, après quelques mois où l'offre de service en réadaptation était assurée par une entente avec l'Abitibi-Témiscamingue, nous avons réussi à combler tous nos postes dans ce secteur en embauchant un ergothérapeute et une physiothérapeute. En soutien à domicile, un infirmier s'est joint à l'équipe et il partage sa tâche en oeuvrant également en santé scolaire. Il va sans dire que ces arrivées contribuent à améliorer l'accessibilité, la qualité et l'éventail des services offerts.

Soutien à domicile
Le comité de travail régional, composé de représentants de chacun des centres, poursuit l'élaboration du cadre de référence régional en soutien à domicile qui vise à harmoniser les services tout en tenant compte des ressources disponibles et à standardiser les outils de travail. La mise en œuvre du cadre de référence est prévue au cours de l'année 2007-2008. Par ailleurs, des budgets pour un total de 137 000 $ à même les enveloppes de développement 2006-2007 ont permis de consolider les services de soutien à domicile comme suit :

Centre de santé René-Ricard :	27 000 $	Agente de relations humaines (consolidation de deux jours/semaine en soutien à domicile et déficience physique);
Centre de santé Lebel :	40 000 $	Infirmière (ajout de deux jours/semaine) et travailleuse sociale (un jour/semaine);
CS de Chibougamau	70 000 $	Une infirmière à temps complet.

Centres de jour
Le démarrage de centres de jour permettra d'assurer aux clientèles en perte d'autonomie des activités de promotion, de dépistage et de prévention, des interventions précoces ainsi que des activités de renforcement des capacités fonctionnelles. Les activités de groupe visent à briser l'isolement en favorisant notamment la socialisation tout en intervenant dans les sphères de la santé physique, psychosociale et de la réadaptation en vue d'un maintien des acquis. De plus, ils constituent une mesure de répit pour les proches aidants.

Une somme de 100 000 $ non récurrente a été allouée pour démarrer ce projet à Chibougamau qui offrira trois jours par semaine à une trentaine de clients référés par le service de soutien à domicile.

À Chapais, 15 personnes sont inscrites au centre de jour à raison d'une journée par semaine pendant 36 semaines. Au cours de l'année, les postes d'agent de relations humaines et de thérapeute en réadaptation physique ont été consolidés grâce à un budget de développement de 25 000 $ et un fonds de roulement de 7 000 $. Des auxiliaires familiales, des associations et organismes de la communauté s'impliquent aussi dans l'offre de services.

Implantation du service de triage à l'urgence de Lebel-sur-Quévillon
L'échelle de triage et de gravité est un processus dynamique qui consiste à évaluer les besoins de santé des patients qui se présentent à l'urgence et à établir leurs niveaux de priorité selon des critères pré-établis. Pour l'implanter au Centre de santé Lebel, nous avons formé les dix infirmières de

l'urgence et sensibilisé le personnel de l'accueil. De plus, les fonctions du personnel ont été réorganisées et du personnel ajouté à l'accueil les fins de semaine, au montant récurrent de 10 000 $.

Ordonnances collectives
Encore cette année, le CRSSS de la Baie-James a adopté plusieurs ordonnances collectives, soit une dizaine et deux devraient être entérinées par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens au cours des prochains mois. Mentionnons l'administration d'opiacés, l'intervention lors de réaction transfusionnelle et les ordonnances pour les technologues au tomodensitomètre axial. Cette pratique permet de maximiser l'accessibilité des soins pour l'usager en favorisant la collaboration entre les professionnels, en plus de contribuer à la fiabilité des résultats des examens ou de l'administration de médicaments. Enfin, avec les médecins spécialistes à distance, les ordonnances collectives permettent de mieux encadrer la pratique du personnel lors de leurs interventions. Dans chaque centre de santé, un cartable contenant toutes les ordonnances collectives est maintenu à jour par un responsable.

Méthodes de soins infirmiers informatisées
Nous avons implanté au cours de l'année les méthodes de soins informatisées de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). Le personnel infirmier a désormais accès à cette information sur un site Internet. Étant donné qu'il était possible d'ajouter des particularités régionales, les ordonnances collectives se rattachant à une méthode de soins ont été mises en ligne aussi. Cette disponibilité lors de la consultation vient faciliter le travail des infirmières en plus d'assurer une meilleure standardisation régionale.

Programme de suivi de la clientèle hypertendue
Le programme de suivi de la clientèle hypertendue a été élaboré au cours de l'année. Il respecte les normes du Programme éducatif canadien d'hypertension (PECH), de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et de la Société québécoise d'hypertension artérielle. Actuellement en consultation auprès du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et du Conseil des infirmières et infirmiers, le programme amènera un suivi adéquat et uniforme des clients souffrant d'hypertension artérielle dans le Nord-du-Québec.

Info-santé et Info-social
Démarré en avril 2006, le service de réponse téléphonique standardisé Info-santé et Info-social est disponible pour l'ensemble des résidants de la région du Nord-du-Québec, et ce, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Le service est offert par la centrale du CSSS Lac-Saint-Jean Est avec lequel le CRSSS de la Baie-James a conclu une entente de service au coût de 124 400 $ annuellement. Les effectifs de notre organisation peuvent donc axer leurs efforts vers la clientèle qui se présente dans les centres de santé.Le bottin des ressources informatisées permettant, en prévision de la provincialisation de la réponse téléphonique dans le but d'offrir une réponse uniformisée et standardisée à la clientèle, et ce, dans des délais raisonnables, est prêt.

Régimes de protection
Au niveau des régimes de protection et des demandes de curatelle, une procédure dans le but d'uniformiser les démarches au niveau régional a été établie en 2006-2007. Cette procédure vise à faciliter le travail des professionnels de la santé de la région, d'assurer que le personnel concerné est avisé des régimes actifs s'il y a lieu et d'officialiser la tenue des dossiers de cette clientèle.

Endoscopies digestives
En vue d'optimiser l'utilisation du bloc opératoire et assurer une meilleure accessibilité et qualité des services d'endoscopies offerts, nous avons réalisé certains changements, notamment en ce qui

concerne les endoscopies digestives. En effet, si les délais d'attente pour les chirurgies d'un jour et avec hospitalisation sont raisonnables, la situation est différente au niveau des endoscopies avec un délai d'environ un an pour les cas électifs. Les cas urgents et semi-urgents sont traités plus rapidement, ce qui provoque le report des cas électifs. Le nombre de nouvelles références par des omnipraticiens pour ce type d'examen est en constante évolution.

En 2006-2007, un second chirurgien s'est ajouté à l'équipe 5 fois par année durant les fins de semaine (vendredi au lundi) afin de couvrir les cas électifs d'endoscopie (ajout net de 20 jours). Le spécialiste est secondé par du personnel infirmier supplémentaire durant ces jours additionnels. Il reste à ajouter le financement nécessaire à cette mesure qui permet d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services disponibles dans la région Nord-du-Québec.

Accès aux services spécialisés ou surspécialisés
Pour répondre aux nouvelles exigences légales en lien avec l'arrêt Chaouli, le CRSSS de la Baie-James a procédé à l'instauration d'un mécanisme central de gestion de l'accès aux services médicaux spécialisés et surspécialisés. Ce mécanisme prévoit, entre autres, une normalisation provinciale des listes et des délais d'attente pour les services spécialisés et surspécialisés, que l'usager connaisse la date prévisible à laquelle il pourra obtenir ses services ainsi qu'un contrôle administratif sur les délais d'attente.

Au cours de la prochaine année, un plan régional d'amélioration de l'accès aux services spécialisés sera rédigé et le système d'information sur le mécanisme d'accès aux services spécialisés (SIMASS) sera mis en fonction. Des ententes de services seront élaborées avec les établissements partenaires pour les services médicaux spécialisés non disponibles dans notre région.

Intervention scolaire à Radisson
La travailleuse sociale du Centre de santé de Radisson a mené des interventions soutenues en milieu scolaire à la suite de situations problématiques de violence. Parmi les activités réalisées, mentionnons l'animation d'un programme de prévention sur les rapports égalitaires entre les garçons et les filles ainsi qu'un programme contre l'intimidation. L'intervenante a aussi collaboré à la révision du Code de vie et du projet éducatif en réajustant les conséquences encourues à la suite de gestes de violence posés. Enfin, la visite à l'école de la troupe de théâtre Parminou avec *La petite voix* a permis de compléter l'intervention.

Comité régional des archivistes médicales
Ce comité a reçu comme mandat cette année de procéder à la révision et à l'harmonisation des formulaires utilisés aux dossiers des clients avec comme objectif d'agir en conformité aux pratiques et aux obligations légales. L'inventaire des nombreux formulaires utilisés dans les 5 installations est réalisé et le travail se poursuivra en 2007-2008, moment où le comité déposera ses recommandations.

Ententes MSSS-MELS
L'année 2005-2006 avait donné le coup d'envoi au travail devant mener à la mise en œuvre des ententes entre le ministère de la Santé et des Services sociaux, et le ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport, mieux connu comme les Ententes MSSS-MELS. Le comité régional avait été mis sur pied, et les comités locaux avaient été constitués.

Une bonne partie du travail au cœur de l'entente se transige directement entre les installations du Centre de santé et les écoles dans chacune des communautés. Au cours de 2006-2007, les comités locaux, constitués différemment d'un endroit à l'autre selon l'organisation des services, se sont investis à conclure des ententes de principe balisant le fonctionnement des relations entre les établissements et entre les professionnels de part et d'autre, ceci, toujours dans l'optique de mieux desservir la

clientèle visée par l'entente.

Ces travaux sont toujours en cours et permettent graduellement d'harmoniser les modes de fonctionnement, tout comme de découvrir des zones plus sensibles ou plus difficiles sur lesquelles il importe de cibler certaines interventions à faire en provenance du niveau régional.

Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise
Le CRSSS de la Baie-James a produit, en janvier 2007, une révision de son *Programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes d'expression anglaise.*

Le programme régional comporte un portrait régional qui a été mis à jour avec les dernières statistiques disponibles. De façon générale, la région du Nord-du-Québec comporte une très faible population dont la langue maternelle est l'anglais. De plus, parmi les personnes dont la langue maternelle est l'anglais, la majorité est bilingue. Cela fait en sorte que la pression du milieu est relativement faible quant à la nécessité de rendre accessibles les services en langue anglaise.

Ceci étant, la présence dans la région des communautés autochtones généralement anglophones pour leur langue seconde et l'existence d'une école anglaise à Chibougamau nous incitent à développer les compétences en langue anglaise pour une partie de notre personnel. Le CRSSS de la Baie-James a bénéficié au cours de 2006-2007 de projets financés par le gouvernement fédéral par l'entremise de l'Université McGill d'une part et par le Community Health and Social Services Network (CHSSN) d'autre part. Ces deux organismes ont subventionné deux projets pour un montant total de 27 400 $, ce qui nous a permis de développer des compétences en langue anglaise chez onze de nos professionnels.

---

3 Voir page ???

LES PROGRAMMES-SERVICES RÉPONDANT À DES PROBLÉMATIQUES PARTICULIÈRES

Perte d'autonomie liée au vieillissement

Plan d'action régional 2005-2010

La mise en œuvre du plan d'action régional, *Vision stratégique et plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux aînés en perte d'autonomie, Région du Nord-du-Québec (10)*, se poursuit activement. Parmi les actions prévues afin de répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie les actions suivantes ont été réalisées en cours d'année.

Approche milieu de vie en CHLSD

Depuis mai 2006, l'approche milieu de vie en CHSLD est implantée au Centre de santé Lebel. L'objectif est également de créer un environnement favorable au maintien des capacités résiduelles des résidants. Un budget de développement de 20 000 $, complété par un montant de 20 000 $ à même l'enveloppe budgétaire du Centre de santé Lebel, a donc été octroyé pour l'animation du milieu de vie. Pour l'implantation de l'approche, nous avons produit un plan d'action et une philosophie de gestion à cet égard, comportant notamment une description des actions à entreprendre, un modèle d'activités et un échéancier. Parmi les activités réalisées mentionnons l'achat de pièces d'équipements (mobilier, BBQ extérieur, etc.), une nouvelle décoration des lieux, l'embauche et la formation de personnel à l'animation, une activité portes ouvertes pour les familles et le personnel et un lancement des activités d'animation.

Nous constatons une amélioration de la qualité de vie des résidants : la clientèle hébergée en soins de longue durée retrouve un environnement et des conditions de vie qui correspondent le plus possible à leurs habitudes de vie.

Le milieu de vie du Centre de santé de Chibougamau a été inauguré en novembre 2006 en présence des résidants, des familles et du personnel. Pour l'implantation de cette approche au Centre de santé de Chibougamau, outre un plan de formation du personnel, certains aménagements physiques ont été réalisés pour améliorer la qualité de vie des résidants et faciliter le travail du personnel. Dans un premier temps, il y a eu déplacement des résidants dans différentes sections selon l'état de santé de chacun. Les chambres sont personnalisées, notamment avec des objets personnels des résidants ou repeintes avec leur couleur préférée. Les familles sont impliquées dans ce processus puisque c'est avec leur aide que nous apprenons à mieux connaître les résidants.

Adjacente au salon commun, le balcon extérieur a été amélioré et est maintenant plus confortable et utilisable plus longtemps dans l'année. Aussi, un petit espace extérieur a été aménagé juste sous la terrasse, pour que les résidants puissent faire quelques pas et y rencontrer le personnel ou des visiteurs. Les auxiliaires bénévoles, organisme très précieux dans l'organisation d'activités durant toute l'année, s'est impliqué financièrement dans ce projet en versant près de 4 000 $.

De plus, au cours de l'année, une somme de 8 000 $ a été investie pour l'ajout d'heures en travail social pour la clientèle en milieu de vie de Chibougamau.

Enfin, plusieurs mois de travail ont été consentis pour le dépôt au MSSS d'un projet de 16 places en centre d'hébergement et de soins de longue durée et d'un centre de jour à Chibougamau. Dès décembre 2005, le CRSSS de la Baie-James avait déposé une liste de projets de rénovation fonctionnelle majeure et mineure en ce sens. En avril 2005, la visite ministérielle d'appréciation de la qualité des soins et des services aux personnes âgées au Centre de santé de Chibougamau, comme

ailleurs au Québec, a aussi fait ressortir certains éléments à améliorer. Le projet consiste donc à relocaliser les clients hébergés au milieu de vie du Centre de santé de Chibougamau dans un espace pouvant accueillir 16 résidants, avec la perspective d'ajouter 8 places éventuellement. Un centre de jour sera aussi déployé à même cet espace pour la clientèle plus autonome. Les locaux devront répondre à toutes les exigences d'un réel milieu de vie et permettre d'offrir un meilleur environnement aux résidants et un milieu de travail plus adapté pour les intervenants. Le projet a été annoncé officiellement en mai 2007 et nous sommes à produire le *Programme fonctionnel et technique* (PFT) afin de le soumettre au ministère pour approbation, et ce, au cours de l'année 2007-2008.

Déjà, certaines mesures avaient été prises à Chibougamau. Toutefois, les lieux physiques posent des limites en terme de réorganisation. Les changements pour l'implantation de l'approche milieu de vie en 2006 sont le maximum qui peut être réalisé dans les locaux actuels du Centre de santé de Chibougamau.

Milieu de vie substitut, les ressources intermédiaires
Cette année, un investissement de 125 000 $ a permis de créer six autres places en ressources intermédiaires pour personnes en perte d'autonomie qui ont été développées pour le secteur de Lebel-sur-Quévillon et sont disponibles depuis l'été 2006 à la corporation sans but lucratif l'Étoile filante. Ces places, 4 d'hébergement et 2 de répit dépannage, sont réservées aux personnes en perte d'autonomie dont l'état de santé ne demande pas une admission en unité de soins de longue durée. La contribution de l'établissement a consisté à soutenir l'embauche et la formation du personnel requis par la ressource, à intégrer la clientèle et assurer un suivi auprès de la ressource d'hébergement.

Le CRSSS de la Baie-James compte poursuivre le développement de nouvelles places en ressources intermédiaires dans le secteur de Chibougamau, dans la mesure où il dispose des ressources financières et des ressources d'hébergement pour cette clientèle.

Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Soutien aux personnes handicapées
Le CRSSS de la Baie-James a maintenu ses engagements auprès des personnes handicapées et leur famille par le biais de diverses interventions, comme le soutien à domicile, le transport et l'hébergement lors de visites chez des spécialistes à l'extérieur de la région, du soutien aux familles par du gardiennage, du répit et de l'insertion sociale, offerts sous forme d'allocations financières directes versées aux familles.

Au niveau régional, l'application des programmes pour personnes handicapées s'est soldée par le versement des sommes suivantes :

- Soutien aux familles : 45 694 $;
- Transport et hébergement (niveau de remboursement fixé à 80 %) : 42 054 $;
- Maintien à domicile : 181 058 $.

Le maintien des activités au Centre de jour à Chapais a permis à la clientèle de recevoir des services de réadaptation en plus de faire des activités d'intégration sociale. Une collaboration a aussi été instaurée pour la création d'un projet de Centre de jour à Chibougamau pour la clientèle en perte d'autonomie et en déficience physique dans le cadre du plan d'action pour la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Des organismes communautaires de la région, l'Association des personnes handicapées de Chibougamau ainsi que Partenaires à part égale de Lebel-sur-Quévillon, reçoivent un soutien financier afin d'offrir des services aux personnes handicapées comme de l'insertion sociale et socioprofessionnelle par des subventions provenant du programme de soutien aux organismes communautaires et par le biais de fonds affectés.

En ce qui concerne les aides techniques, depuis les 2 dernières années, ce sont près de 75 000 $ qui ont été utilisés pour l'achat de matériel dans les 4 programmes d'aides techniques gérés par le CRSSS de la Baie-James (oxygénothérapie, chaussures et appareillages orthétiques, aides à l'élimination et aides à la vie quotidienne et à la vie domestique). Il s'agit d'un rattrapage énorme qui a permis à la clientèle handicapée de vivre à domicile dans un environnement plus sécuritaire.

Programme déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
Avec plusieurs développements au niveau du personnel dans les différents centres, la collaboration d'un pédopsychiatre au Centre de santé de Chibougamau, les services sont offerts à la clientèle plus régulièrement en région. Une nouvelle ressource a été engagée afin d'augmenter l'offre de service auprès de la clientèle en déficience intellectuelle et souffrant de troubles envahissant du développement pour Chibougamau. Dans les autres centres de santé de la région, différents budgets ont été accordés afin d'offrir des services de réadaptation à la clientèle.

Cette année, un travail a été amorcé afin de conclure des ententes de services avec les Centre de réadaptation de l'Abitibi-Témiscamingue, permettant ainsi d'offrir des services spécialisés à la clientèle dans le besoin.

Tableau 2 : Investissements en déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (2006-2007)

Projet	Ville	Programme	Montant
Centre de jour	Chibougamau	DP	50 000 $ NR
ARH 1 jour semaine	Chapais	DP	13 000 $ R
Centre de jour	Chibougamau - APHC	DP	22 425 $ NR
Psychoéducateur TED-DI	Chibougamau	DI-TED (budget de développement)	70 000 $ R
Éducateur pour stimulation précoce	Chapais	DI	23 000 $ NR
Éducateurs spécialisés	Lebel-sur-Quévillon	TED	75 000 $ NR

Légende :
DP : déficience physique
DI : déficience intellectuelle
TED : troubles envahissants du développement
NR : non récurrent
R : récurrent

Jeunes en difficulté

Dans le cadre du Programme jeunes en difficulté, le CRSSS de la Baie-James a poursuivi en 2006-2007 le travail de la coordination de l'équipe d'intervention jeunesse. La région avait, pour 2006-2007, le financement adéquat afin de poursuivre ce programme très apprécié par les partenaires dont les deux Centres jeunesse et la Commission scolaire de la Baie-James.

Un montant de 25 000 $ annualisé à 50 000 $ a été investi à partir du budget de développement pour augmenter la capacité du Centre de santé de Chibougamau à maintenir les services de première ligne

Des organismes communautaires de la région, l'Association des personnes handicapées de Chibougamau ainsi que Partenaires à part égale de Lebel-sur-Quévillon, reçoivent un soutien financier afin d'offrir des services aux personnes handicapées comme de l'insertion sociale et socioprofessionnelle par des subventions provenant du programme de soutien aux organismes communautaires et par le biais de fonds affectés.

En ce qui concerne les aides techniques, depuis les 2 dernières années, ce sont près de 75 000 $ qui ont été utilisés pour l'achat de matériel dans les 4 programmes d'aides techniques gérés par le CRSSS de la Baie-James (oxygénothérapie, chaussures et appareillages orthétiques, aides à l'élimination et aides à la vie quotidienne et à la vie domestique). Il s'agit d'un rattrapage énorme qui a permis à la clientèle handicapée de vivre à domicile dans un environnement plus sécuritaire.

Programme déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
Avec plusieurs développements au niveau du personnel dans les différents centres, la collaboration d'un pédopsychiatre au Centre de santé de Chibougamau, les services sont offerts à la clientèle plus régulièrement en région. Une nouvelle ressource a été engagée afin d'augmenter l'offre de service auprès de la clientèle en déficience intellectuelle et souffrant de troubles envahissant du développement pour Chibougamau. Dans les autres centres de santé de la région, différents budgets ont été accordés afin d'offrir des services de réadaptation à la clientèle.

Cette année, un travail a été amorcé afin de conclure des ententes de services avec les Centre de réadaptation de l'Abitibi-Témiscamingue, permettant ainsi d'offrir des services spécialisés à la clientèle dans le besoin.

Tableau 2 : Investissements en déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (2006-2007)

Projet	Ville	Programme	Montant
Centre de jour	Chibougamau	DP	50 000 $ NR
ARH 1 jour semaine	Chapais	DP	13 000 $ R
Centre de jour	Chibougamau - APHC	DP	22 425 $ NR
Psychoéducateur TED-DI	Chibougamau	DI-TED (budget de développement)	70 000 $ R
Éducateur pour stimulation précoce	Chapais	DI	23 000 $ NR
Éducateurs spécialisés	Lebel-sur-Quévillon	TED	75 000 $ NR

Légende :
DP : déficience physique
DI : déficience intellectuelle
TED : troubles envahissants du développement
NR : non récurrent
R : récurrent

Jeunes en difficulté

Dans le cadre du Programme jeunes en difficulté, le CRSSS de la Baie-James a poursuivi en 2006-2007 le travail de la coordination de l'équipe d'intervention jeunesse. La région avait, pour 2006-2007, le financement adéquat afin de poursuivre ce programme très apprécié par les partenaires dont les deux Centres jeunesse et la Commission scolaire de la Baie-James.

Un montant de 25 000 $ annualisé à 50 000 $ a été investi à partir du budget de développement pour augmenter la capacité du Centre de santé de Chibougamau à maintenir les services de première ligne

auprès de la clientèle jeunesse de ce territoire. De plus, une partie de ce budget, soit 9 000 $ annualisé à 18 000 $ a été protégé pour les dossiers de supervision des droits d'accès, pour la politique de retrait familial et pour soutenir la pratique des intervenants quant aux impacts de la modification de la *Loi sur la protection de la jeunesse* qui devrait être en vigueur en 2007-2008.

Dans le cadre des allocations octroyées dans ce programme, deux maisons des jeunes ont reçu un total de 32 100 $ pour soutenir les travailleurs de rue dans leurs fonctions.

La formation sur l'utilisation de la GED (grille d'évaluation du développement) a été dispensée de façon assez large dans la région. En effet, outre les intervenants jeunesse du réseau de la santé, des intervenants du réseau communautaire et des centres de la petite enfance ont reçu cette formation. Cette formation a nécessité un investissement de 15 700$ et favorisera l'uniformité des évaluations et par conséquent, l'harmonisation des pratiques en matière de services à la jeunesse.

Programme national de formation, poursuite d'implantation
Nous avons continué à offrir le Programme national de formation (PNF). Le module spécifique – supervision a été offert aux gestionnaires qui avaient déjà reçu les modules génériques et les modules génériques du tronc commun réseau 1 et 2 a été offert à la majorité des intervenants enfance-famille-jeunesse. Nous constatons l'émergence d'une culture organisationnelle commune à tous les gestionnaires qui bénéficient du PNF. Ils développent des outils de gestion du personnel, l'évaluation de la contribution, l'amélioration du rendement.

Modifications à la *Loi sur la Protection de la jeunesse*
Afin de sensibiliser l'ensemble des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, des intervenants du milieu scolaire et des intervenants du milieu communautaire aux modifications apportées à la *Loi sur la Protection de la jeunesse* (*LPJ*), une formation a été préparée au cours de la dernière année. Deux formateurs régionaux seront en mesure de livrer leurs connaissances à ces intervenants.

À terme, les participants connaîtront l'ensemble des modifications apportées à la LPJ, l'impact de ses modifications sur leur pratique actuelle, les changements de pratique qu'il leur sera nécessaire de faire pour appliquer les modifications concernant :

- Le projet de vie permanent,
- les conditions pour favoriser davantage des ententes consensuelles,
- les nouvelles définitions des motifs de protection et les nouvelles règles de confidentialité,
- et finalement, que la protection de la jeunesse soit une responsabilité collective qui interpelle non seulement le DPJ mais aussi tous les établissements, les organismes et les personnes qui sont en mesure de venir en aide à un enfant et à ses parents.

D'autres sessions se dérouleront également au cours de la prochaine année.

Dépendances

Programme dépendances
En fin d'année financière 2005-2006, le poste à temps complet développé dans le secteur de Chibougamau et Chapais en réadaptation jeunesse pour les problématiques de toxicomanie a permis de compléter la gamme de services dans cette partie du territoire.

Dans le programme jeu excessif, en plus des postes déjà pourvus pour le traitement des joueurs pathologiques, une somme de 54 530 $ a été investie en plus des affectations des dernières années

pour soutenir la prévention du jeu et de la surconsommation d'alcool et de drogues tant par des activités courantes du réseau de la santé que par les travailleurs de rue dans trois maisons de jeunes de la région.

À partir des budgets de développement, conjointement avec le programme de santé mentale, nous avons consolidé un poste à temps complet de psychoéducateur pour soutenir les activités de suivi d'intensité variable dans la communauté. Ce poste est un atout dans le continuum de services, permettant plus facilement de rejoindre une clientèle qui, autrement, ne fait souvent pas appel aux services dont elle a besoin. Cette clientèle souvent associée plus directement au programme de santé mentale, comporte aussi de multiples problématiques associées au jeu et à la consommation.

Au chapitre du développement des habiletés des professionnels, la formation *Pot au volant* a été donnée en avril 2006 à l'ensemble des intervenants de la région, tant dans le réseau de la santé qu'auprès des organismes communautaires. La formation *Alcochoix +*, programme d'intervention précoce pour les consommateurs à risque, a été dispensée en novembre 2006 dans la région selon la programmation ministérielle.

Santé mentale

Un état de situation a été dressé à la suite d'une consultation auprès de tous les centres de santé à l'été 2006. Il est apparu que les centres de santé de Lebel-sur-Quévillon, Matagami et Radisson n'avaient pas de liste d'attente, arrivaient à répondre adéquatement à leur clientèle et pouvaient faire face à la majorité des orientations proposées dans le *Plan d'action 2005-2010 : La force des liens* du MSSS.

À partir de l'enveloppe de développement 2006-2007, un total de 210 000 $ a été investi afin d'atteindre les cibles indiquées dans le plan d'action provincial pour Chibougamau et Chapais. De cette somme, une allocation de 30 000 $ a été effectuée pour la Corporation Le Zéphir et la somme restante a fait l'objet d'investissements au niveau des équipes des centres de santé de Chapais et de Chibougamau.

Le Centre de santé de Chibougamau avait plusieurs patients sur liste d'attente dans différents secteurs d'activités. Le Centre de santé de Chibougamau reçoit la visite de trois psychiatres itinérants. Conséquemment, les équipes doivent prendre en charge leur clientèle, souffrant de troubles sévères et persistants ce qui demande aux professionnels une prise en charge plus longue et plus complexe.

Toujours au Centre de santé de Chibougamau, un programme d'enseignement à l'intention de la clientèle aux prises avec des problématiques de santé mentale (trouble affectif bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, schizophrénie) a été développé. Une activité amène le client qui présente un trouble mental à prendre une part active dans la compréhension et dans la gestion de son traitement, s'il y a lieu. Une activité éducative est également élaborée pour la médication, antidépresseurs et antipsychotiques. Le client et sa famille connaissent ainsi mieux la nature de la maladie, les causes, les manifestations et les signes avant-coureurs d'une rechute. Ce programme d'enseignement aidera à réduire la non compliance au traitement et à prévenir d'éventuelles rechutes par la connaissance de la nature de la médication, les symptômes qu'elle contrôle, de même que les bienfaits qu'elle procure.

Au Centre de santé René-Ricard, les postes à l'accueil et en psychoéducation ont été consolidés afin de permettre la poursuite du travail en lien avec les orientations ministérielles. Des ententes internes ont été réalisées, permettant l'affichage de postes à temps complet plutôt qu'à temps partiel ou encore ont favorisé la consolidation de postes visant une meilleure organisation des services sociaux et de santé mentale. Ces ajouts améliorent l'accessibilité aux services psychosociaux en plus d'offrir un guichet d'accès aux services de première ligne.

Les orientations rattachées à ces programmes favoriseront le continuum de soins aux personnes atteintes et à leurs proches. La prochaine année sera celle de la mise en place d'un système de suivi d'intensité variable dans la communauté.

Dans le même ordre d'idées, une banque de données scientifiques (bibliothèque médicale) en psychiatrie et psychologie, *Psycinfo*, a été mise à la disposition de tous les intervenants via notre centre de documentation.

Un cadre de référence visant l'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (P-38.001) et de l'utilisation de la télésanté sont en rédaction et devraient être déposés en 2007-2008.

Crise forestière à Lebel-sur-Quévillon
À la suite de la fin des activités de la compagnie forestière et papetière Domtar à Lebel-sur-Quévillon, des actions ont été entreprises en novembre 2005 pour répondre dans un premier temps à cette annonce. Dans un deuxième temps, un comité de travail a élaboré un plan d'action. Au cours de la dernière année, des mesures de diagnostic et de soutien à la population face à la crise forestière ont été déployées et une stratégie d'intervention a été établie pour le cas où des situations de débordement social surviendraient.

Le comité de travail a aussi été rendu permanent et la vigie de la situation se poursuit. Pour soutenir les ex-travailleurs et la population en général, certaines activités se sont tenues en 2006-2007, parmi celles-ci mentionnons : atelier sur le stress, planification budgétaire, atelier sur le rire, etc.

Santé physique

Lutte au cancer et aux maladies chroniques
Le *Plan d'action régional de lutte contre le cancer, région du Nord-du-Québec*, adopté en juin 2005, propose un ensemble de services intégrés tenant compte de tous les volets d'intervention auprès des personnes atteintes de cancer et leurs proches, soit la promotion, la prévention, le dépistage, l'investigation, le traitement, la réadaptation, le soutien et les soins de fin de vie. À cet effet, le comité régional de lutte au cancer a vu son mandat s'étendre aux clientèles vulnérables atteintes d'une maladie chronique ou ayant besoin de soins palliatifs puisque les mêmes orientations concernent ces clientèles. Ce mandat élargi permet d'éviter les duplications des comités et d'harmoniser les pratiques.

Les principaux objectifs du comité sont de :
- Mettre en place des équipes interdisciplinaires;
- Assurer des ententes écrites soutenant l'établissement des corridors de services;
- Élaborer et utiliser des outils communs d'intervention;
- Assurer un meilleur arrimage des différents services offerts (Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, médecins, organismes communautaires, équipe régionale, direction des soins infirmiers et des programmes, équipes locales) ;
- Assurer le déploiement d'une approche intégrée des soins et des services aux personnes atteintes de maladies chroniques;
- Élaborer et mettre en œuvre la politique de soins palliatifs.

Colloque sur les maladies chroniques, volet cancer

Une formation en soins palliatifs donnée par M^me^ Anne Plante, M. Sc. inf., C.S.I.O., et le premier colloque sur les maladies chroniques, volet cancer ont été réalisés cette année. Les objectifs visés ont été rencontrés et les commentaires reçus s'avèrent très positifs. Ces deux journées ont permis d'enrichir notre pratique et de mobiliser les participants dans l'atteinte des cibles des programmes. Des professionnels de plusieurs secteurs d'activités (médecins, infirmières, pharmaciens, intervenants sociaux, etc.) et des régions limitrophes étaient présents.

Le mandat des équipes interdisciplinaires est maintenant connu et certains outils de communication sont en place pour le partage de l'information comme le formulaire de partage interdisciplinaire des données informationnelles et consultatives. Ce formulaire fait état de tous les aspects : médical, traitement, bilan des symptômes, aspects psychosociaux, autres problématiques. Chaque membre de l'équipe le complète et le partage de l'information aide à préparer le plan d'intervention concerté.

Les commentaires des patients sont élogieux. Ils sentent qu'ils participent aux décisions et qu'on les écoute. Leurs demandes sont traitées plus rapidement et les réponses contribuent à diminuer leur anxiété, ce qui est particulièrement important lorsqu'on combat une maladie comme le cancer.

Les messages mieux concertés entre les intervenants aident aussi les patients à observer leur traitement. En effet, si l'infirmière, le médecin et l'intervenant social font tous la même remarque, cela peut contribuer au changement de comportement du patient. De plus, les premières rencontres d'équipes ont permis de travailler à une meilleure gestion de la douleur chez les patients.

Comité des soins palliatifs à Chibougamau

Le comité des soins palliatifs à Chibougamau a redémarré et les travaux réalisés seront accessibles pour la région. Le comité travaille sur le *Plan de mise en œuvre de la politique de soins palliatifs pour le CRSSS de la Baie-James*, ainsi que la mise à jour du *Cadre de référence en soins palliatifs : À l'aube d'un nouveau jour.* Le comité a également amené des retombées tangibles comme la préparation d'une trousse d'urgence de médicaments lorsque la pharmacie est fermée, la nuit. Le comité travaille aussi à un protocole sur la détresse respiratoire, un budget d'urgence a été constitué pour les patients qui auraient besoin rapidement de recevoir des médicaments.

Les programmes-soutien

2

ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES

Ententes avec le RUIS McGill et le RUIS Laval
Une visite exploratoire de gestionnaires, de chefs de département et de responsables de la télésanté du RUIS McGill, chargé de l'offre de services spécialisés pour la région, a eu lieu en octobre 2006. Cette rencontre a permis de constater que notre région doit impérativement être desservie par un second RUIS en plus de celui de McGill, soit le RUIS de l'Université Laval pour le secteur est de la région, et ce, dans le respect de nos corridors de services historiques, mais surtout l'accès le plus rapproché pour nos usagers. Aussi, notre région a besoin de la collaboration des RUIS pour rehausser l'offre de services en spécialités et en surspécialités.

À la suite de cette rencontre, des représentations ont eu lieu afin d'officialiser la desserte de notre région par deux RUIS, ce qui a été fait en janvier 2007 par l'exécutif de la Table de coordination nationale des RUIS. Le secteur est de la région, Chibougamau et Chapais, fait partie du territoire de desserte du RUIS de l'Université Laval et c'est avec les établissements de ce dernier que les ententes de services doivent être conclues, incluant celles qui ont trait à la télésanté. L'Ouest de la région (Lebel-sur-Quévillon, Matagami, Valcanton, Villebois et Radisson) fait partie du territoire de desserte du RUIS de l'Université McGill.

La région du Nord-du-Québec est donc maintenant et officiellement en lien avec deux RUIS. Les représentants du CRSSS de la Baie-James participent aux réunions et travaux des deux RUIS.

Comité interrégional
Un comité regroupant des représentants de l'Agence de l'Abitibi-Témiscamingue ainsi que du CSSS Vallée-de-l'Or de Val d'Or, du Conseil Cri de la Santé et des Services sociaux de la Baie James et du CRSSS de la Baie-James a été formé le 27 juillet 2006. Ce comité aborde l'organisation des services de santé dans les trois régions : hiérarchisation des soins, notions de poste réseau en spécialités, télésanté, volet culturel et ententes de services, le tout dans le but de développer des liens et d'assurer la qualité, la continuité et l'accessibilité des services.

Plusieurs ententes sont à venir au courant des prochaines années. Nous pourrions nommer entre autres un protocole d'entente cadre concernant les services spécialisés déployés en Abitibi-Témiscamingue, le service aux patients cris à Chibougamau en partenariat avec le Conseil Cri et les ententes spécifiques aux programmes ou services offerts par la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean pour la clientèle de Chibougamau et de Chapais.

Ressources humaines

Révision du plan d'organisation
Dans la foulée de l'amélioration du fonctionnement du CRSSS de la Baie-James, la vision d'organisation et le fonctionnement de l'établissement ont été révisés au cours de 2006-2007 et le processus se poursuivra durant la prochaine année. Le plan d'organisation qui avait cours avait été élaboré en 2001 et révisé en 2005. Avec les plus récents amendements législatifs, les changements au MSSS et l'évolution de notre environnement, le plan d'organisation devait être revu pour optimiser le fonctionnement organisationnel, assurer que les niveaux de gestions assument entièrement les responsabilités qui leur incombent et répondre aux besoins des communautés.

Le travail a débuté par des travaux de réflexion au niveau de la haute direction, du comité de direction et au conseil d'administration. Le plan d'organisation proposé a été adopté et sa mise en œuvre est amorcée.

Comité de gestion opérationnelle
Poursuivant le travail d'unification des méthodes de gestion administrative débuté en 2005-2006, la direction du développement organisationnel et des ressources humaines a initié une nouvelle table réunissant les gestionnaires d'opérations en vue d'uniformiser et de donner une cohérence organisationnelle en matière de gestion des effectifs et administrative. Le comité de gestion opérationnelle (CGO) permet l'amélioration globale de la fonction d'encadrement ainsi qu'un co-développement des gestionnaires par les pairs. En 2006-2007, cinq rencontres régionales ont été tenues et ont permis de donner une dynamique au comité et un intérêt partagé au regard de la valeur ajoutée pour les gestionnaires.

Projets d'organisation du travail
Une subvention totale de plus de 57 000 $ a été octroyée au CRSSS de la Baie-James en vue de soutenir la mise en œuvre de deux projets d'organisation du travail, l'un dans le secteur régional de la réadaptation physique, l'autre dans l'unité de soins de courte durée du Centre de santé de Chibougamau. Les projets visent à apporter des solutions permanentes, notamment en matière de disponibilité et de qualité des services, à des problématiques touchant à des secteurs d'emploi en pénurie et très vulnérables.

Au niveau de la réadaptation physique, notre personnel est souvent isolé professionnellement et la mise en réseau pourra contribuer à la qualité de vie au travail et donc améliorer le service aux différentes clientèles.

À l'unité de soins de courte durée, l'objectif est d'assurer une utilisation optimale de toutes les compétences de chacune des personnes et pour chaque titre d'emploi.

Négociations locales
Les négociations avec les partenaires syndicaux ont débuté au cours de la dernière année sur les 26 matières décentralisées aux établissements suivant la mise en œuvre de la *Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic* (projet de loi 30 sanctionné en 2003) dans le réseau de la santé et des services sociaux. Une fois conclues, les ententes viendront faciliter et personnaliser les modalités relatives à l'organisation du travail au CRSSS de la Baie-James selon nos particularités.

À l'automne 2006, une rencontre avec tous les gestionnaires a permis d'identifier et préciser les éléments composant les enjeux patronaux pour cette première négociation locale. Les comités patronaux et syndicaux ont ensuite reçu une formation sur la méthode de négociation basée sur les intérêts et un protocole de travail encadrant les discussions entre les parties a été signé.

Pour la réalisation du processus, le CRSSS de la Baie-James a obtenu une subvention de 15 000 $ du Comité patronal de négociations en santé et services sociaux. Ces sommes serviront à assumer une partie des frais de déplacement inhérents aux rencontres de négociation locale et au territoire à couvrir.

Les rencontres de négociation se poursuivront en vue d'une signature de l'entente finale en décembre 2007.

Application de la *Loi concernant les unités de négociation*
Le projet de Loi 30, sanctionné en 2003, aura eu un impact significatif sur l'organisation de la direction du développement organisationnel et des ressources humaines, tant sur la responsabilisation en matière de gestion des effectifs dans les centres de santé que sur la prise en charge des dossiers de

relations de travail autrefois décentralisées.

Application de la *Loi concernant les conditions de travail dans le secteur public*
À la suite de l'application du projet de Loi 142 sanctionné en décembre 2005, modifiant les conditions de travail des employés du réseau et ayant pour effet de renouveler jusqu'au 31 mars 2010 les conventions collectives, plusieurs dossiers ont été mis de l'avant :

- Reclassification des titres d'emploi en février 2006 et en novembre 2006, reclassification de certains titres d'emploi, abolition et création de titres d'emploi, intégration de titres d'emploi reclassifiés, etc.
- Évaluation et correction des situations dérogatoires;
- Évaluation des dossiers d'expérience.

Équité salariale
La démarche liée à l'application de l'équité salariale, réalisée en mars 2007, a résulté en le versement de plus de 2 300 000 $ de correctif salarial auprès de notre personnel. Les équipes ont eu environ deux semaines pour faire la vérification et la préparation des dossiers des personnes touchées et beaucoup de transactions manuelles ont dû être faites à cause du changement majeur dans les nomenclatures des titres d'emploi au cours de l'année.

Développement d'un programme de préparation à la retraite
En collaboration avec la Commission scolaire de la Baie-James, un programme de préparation à la retraite pour notre personnel a été développé afin de répondre aux préoccupations des futurs retraités. En effet, d'après un exercice d'identification du personnel et des médecins qui ont atteint 50 ans et plus, 124 personnes seront admissibles à la retraite d'ici 5 années. Chacune de ces personnes a reçu une lettre l'invitant à participer à l'une des sessions qui seront offertes à travers notre région au cours de la prochaine année.

Recrutement et outils de promotion
Réalisés il y a quelques années, nos outils de promotions et plus particulièrement la brochure promotionnelle, ont été révisés cette année dans le but de mieux faire connaître notre établissement, ses services, ses ressources humaines et les avantages à venir œuvrer dans notre région. Le kiosque de promotion sera aussi mis à jour sous peu ainsi que le matériel de promotion et de recrutement des médecins.

Avec comme objectif de maintenir, voire d'accroître, la visibilité auprès des professionnels et des finissants dans les secteurs en difficulté de recrutement, nous avons fait des publications mensuelles dans les journaux et revues spécialisées en pharmacie et participé à 2 nouvelles activités organisées par les associations d'étudiants en pharmacie des universités québécoises ainsi qu'au congrès annuel de l'APES. Au niveau de la physiothérapie, nous avons participé à la première activité d'exposants dans le cadre du congrès annuel des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique du Québec.

Au total, nous avons participé à plus d'une quinzaine d'activités de promotion et de recrutement diverses. Ces efforts ont notamment permis de recruter 2 ergothérapeutes, 1 physiothérapeute, 3 archivistes, 1 pharmacienne, 2 agents de planification, de programmation et de recherche, 2 thérapeutes en réadaptation physiques et 2 diététistes-nutritionnistes. Notons aussi l'embauche de 28 nouvelles infirmières et de 6 candidates à l'exercice de la profession infirmière.

Également, un modèle de gestion informatisée des candidatures reçues lors des activités de recrutement a été développé.

Enfin, en matière de planification de la main-d'œuvre, l'identification de la répartition des effectifs est complétée et l'analyse de la vulnérabilité des postes est débutée. Parmi les postes vulnérables déjà identifiés, mentionnons les suivants : pharmacien, physiothérapeute, infirmière avec expérience, technologue en radiologie, technologue en laboratoire, archiviste et l'ensemble des titres d'emplois identifiés en pénurie par le MSSS. Des efforts continueront d'être consentis en 2007-2008 pour combler les effectifs dans ces secteurs.

Tableau 3 : Dépenses de recherche et d'embauche de candidats en 2006-2007

Nature de la dépense	Coût 2005-2006	Coût 2006-2007
Publicité et affichages de postes	47 929 $	49 460 $
Frais de consultant (tests psychométriques)	0 $	1 687 $
Frais de déplacement (entrevue personnel cadre)	4 025 $	927 $
Frais de déménagement (personnel cadre)	68 392 $	32 740 $
Frais de déplacement (entrevue personnel non cadre)	18 979 $	24 013 $
Frais de déménagement (personnel non cadre)	98 233 $	103 975 $
Bourses d'études	22 500 $	25 236 $
Frais de salons de recrutement	30 041 $	27 839 $
Total	**290 099 $**	**265 877 $**

Les effectifs du CRSSS de la Baie-James

En fin d'année 2006-2007, nous avons changé notre méthode de calcul des effectifs, ce qui explique les écarts apparents au tableau 4.

Tableau 4 : Effectifs au 31 mars 2007 et années antérieures

	Personnel d'encadrement			Employés réguliers			Employés occasionnels	
Année / Statut	Temps complet	Temps partiel	Stabilité d'emploi	Temps complet	Temps partiel (ETC)	Sécurité d'emploi	Nombre d'heures	ETC
2006-2007 (au 31 mars 2007)	29	0	0	301	56,01	0	263 167	144
2005-2006 (au 31 mars 2006)	29	0	1	338	72,5	1	188 054	102
2004-2005 (au 31 mars 2005)	24	0	0	337	68,1	0	153 829	84
2003-2004 (au 31 mars 2004)	25	1	0	285	66	0	188 698	103

Les effectifs médicaux et pharmaceutiques

Certains éléments ont facilité le recrutement d'une nouvelle pharmacienne à l'été 2006. En effet, l'intensification des efforts au niveau du recrutement, l'entente convenue entre l'Association des pharmaciens en établissement de santé (APES) et le MSSS visant une majoration du salaire des pharmaciens de la région du Nord-du-Québec et le versement de forfaits d'installation de 25 000 $ aux pharmaciens pour les quatre prochaines années ont porté fruit.

Enfin, en matière de planification de la main-d'œuvre, l'identification de la répartition des effectifs est complétée et l'analyse de la vulnérabilité des postes est débutée. Parmi les postes vulnérables déjà identifiés, mentionnons les suivants : pharmacien, physiothérapeute, infirmière avec expérience, technologue en radiologie, technologue en laboratoire, archiviste et l'ensemble des titres d'emplois identifiés en pénurie par le MSSS. Des efforts continueront d'être consentis en 2007-2008 pour combler les effectifs dans ces secteurs.

Tableau 3 : Dépenses de recherche et d'embauche de candidats en 2006-2007

Nature de la dépense	Coût 2005-2006	Coût 2006-2007
Publicité et affichages de postes	47 929 $	49 460 $
Frais de consultant (tests psychométriques)	0 $	1 687 $
Frais de déplacement (entrevue personnel cadre)	4 025 $	927 $
Frais de déménagement (personnel cadre)	68 392 $	32 740 $
Frais de déplacement (entrevue personnel non cadre)	18 979 $	24 013 $
Frais de déménagement (personnel non cadre)	98 233 $	103 975 $
Bourses d'études	22 500 $	25 236 $
Frais de salons de recrutement	30 041 $	27 839 $
Total	**290 099 $**	**265 877 $**

Les effectifs du CRSSS de la Baie-James

En fin d'année 2006-2007, nous avons changé notre méthode de calcul des effectifs, ce qui explique les écarts apparents au tableau 4.

Tableau 4 : Effectifs au 31 mars 2007 et années antérieures

	Personnel d'encadrement			Employés réguliers			Employés occasionnels	
Année / Statut	Temps complet	Temps partiel	Stabilité d'emploi	Temps complet	Temps partiel (ETC)	Sécurité d'emploi	Nombre d'heures	ETC
2006-2007 (au 31 mars 2007)	29	0	0	301	56,01	0	263 167	144
2005-2006 (au 31 mars 2006)	29	0	1	338	72,5	1	188 054	102
2004-2005 (au 31 mars 2005)	24	0	0	337	68,1	0	153 829	84
2003-2004 (au 31 mars 2004)	25	1	0	285	66	0	188 698	103

Les effectifs médicaux et pharmaceutiques

Certains éléments ont facilité le recrutement d'une nouvelle pharmacienne à l'été 2006. En effet, l'intensification des efforts au niveau du recrutement, l'entente convenue entre l'Association des pharmaciens en établissement de santé (APES) et le MSSS visant une majoration du salaire des pharmaciens de la région du Nord-du-Québec et le versement de forfaits d'installation de 25 000 $ aux pharmaciens pour les quatre prochaines années ont porté fruit.

Alors que le plan d'effectifs en pharmacie est établi à 4 ressources, nous pouvons maintenant compter sur 3 pharmaciennes. Il va sans dire que la structure de dépannage en pharmacie, autorisée par le MSSS, a été utilisée partiellement durant l'été 2006 jusqu'à l'arrivée de cette nouvelle pharmacienne. Le recours au dépannage est limité malgré que le fait qu'une équipe à 75 % surcharge les effectifs en place.

Un étudiant en pharmacie a été accueilli au cours de la dernière année dans le cadre des stages obligatoires de l'Ordre des pharmaciens du Québec. Par ailleurs, cet étudiant a continué de travailler dans le département tout au long de l'été 2006. Nous espérons que ces mesures favoriseront le recrutement de nouveaux pharmaciens à long terme.

Quatre assistantes techniques étudiantes ont été accueillies au sein de notre département au cours de la dernière année pour des stages de 5 semaines chacune. L'équipe en place d'assistantes techniques demeure stable. Des demandes ont été effectuées afin d'augmenter le nombre de postes afin, entre autres choses, de conserver les tâches techniques du côté technique et ainsi rendre notre offre d'emploi pour les futurs pharmaciens plus attrayante en leur permettant réellement de mettre à profit leurs compétences de pharmaciens au chevet des patients. De plus, la révision actuelle des processus du circuit du médicament nous indique que l'ajout de personnel technique représente aussi une nécessité du côté du personnel infirmier afin de le libérer pour les soins directs au patient.

Nous ne comptons aucune arrivée de médecin en 2006-2007. Un membre actif est maintenant membre associé du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens à Matagami. Il est à souligner le départ à la retraite d'un des médecins ayant œuvré 11 ans au Centre de santé René-Ricard de Chapais.

Du côté des spécialistes, le médecin biochimiste accueilli l'an passé et responsable des laboratoires de Lebel-sur-Quévillon et Matagami et celui responsable du laboratoire de Chibougamau sont maintenant coresponsables de la biochimie régionalement. Ce changement améliorera la couverture en biochimie médicale de nos laboratoires à moyen et long terme.

Les négociations au Comité interrégional sur les mesures non négociées ont aussi permis d'offrir des primes d'installation et de rétention majorées, mesure considérée offrant le meilleur potentiel de rétention au niveau des effectifs des sites isolés comme les nôtres. Les représentations de notre région au niveau du Comité interrégional visent à maximiser les mesures incitatives non négociées disponibles pour nos sites dans le but d'assurer à long terme le recrutement et aussi la rétention des effectifs médicaux sur le territoire.

La participation de nos représentants aux travaux du Comité interrégional, au Jury des boursiers et au Comité consultatif sur la répartition des boursiers se poursuit et permet une amélioration graduelle de la situation.

La situation des effectifs médicaux en omnipratique est présentée au tableau 5, à la page suivante.

Tableau 5 : Effectifs en omnipratique

Centre de santé	Évolution des effectifs			
	Prévus au plan	En place au 31 mars 2005	En place au 31 mars 2006	En place au 31 mars 2007
CS René-Ricard	6	6	6	5
CS de Chibougamau	18	13	14	15
CS Lebel	6	4	5	5
CS Isle-Dieu	6	4	4	4
CS de Radisson	1	1	1	1
TOTAL	**37**	**28**	**30**	**28**

Tableau 6 : Médecine spécialisée (Chibougamau)

Spécialité	Effectifs	
	Prévus au plan d'effectifs	En place au 31 mars 2007
Anesthésie	1	Équipe itinérante
Chirurgie générale	1	Équipe itinérante
Médecine interne	1	0
Psychiatrie	1	0
Radiologie diagnostique	1	0
Santé communautaire	1	0*

* Il est à noter que des tâches en santé communautaire sont produites actuellement par un médecin omnipraticien.

Programme d'aide aux employés

Tableau 7 : Statistiques sur les consultations des employés vs les conjoints et les enfants, 2006-2007

	Nombre total d'employés	Employés	Conjoints	Enfants	Total
Secteur est	450	60	0	0	60
Secteur ouest	169	13	0	0	13

Tableau 8 : Statistiques sur le groupe d'âge et le sexe des individus qui ont consulté, 2006-2007 (Secteur est et ouest)

Groupe d'âge	Femmes		Hommes		Total	
20 ans et moins	0	0 %	0	0 %	0	0 %
21 à 30 ans	10	18 %	2	12 %	12	16 %
31 à 40 ans	24	42 %	3	19 %	27	37 %
41 à 50 ans	16	28 %	6	38 %	22	31 %
51 ans et plus	7	12 %	5	31 %	12	16 %
Total	57		16		73	
Nombre total d'individus : 73 Moyenne d'âge : 41,5 ans	Nombre d'inconnus : 0					

Assurance salaire

Concernant le ratio d'heures en assurance-salaire, nous avons complété l'année de référence à 6,14 % ce qui correspond à un écart de 7,5 % par rapport à la cible théorique ministérielle. Notre objectif était de demeurer dans un écart de 5 % de la cible. En somme, nous pouvons dire que le résultat est satisfaisant, compte tenu que nous avons un contrôle relatif de ce ratio. Nous constatons beaucoup de cas de cancers et de diagnostics physiques (augmentation de près de 300 % par rapport à l'an dernier) mais une réduction des heures d'absence en raison de problèmes de santé mentale. Le bilan nous semble donc très positif malgré tout.

Tableau 9 : Coûts reliés à l'assurance-salaire

	2004-2005	2005-2006	2006 - 2007
Heures en assurance-salaire	39 938	39 163	43 089
Heures travaillées	641 405	680 682	702 335
Ratio Hrs trav/Hrs ass-sal	6,23 %	5,75 %	6,14 %
Coûts des prestations versées en assurance salaire	766 171 $	619 015 $	920 249 $
Pourcentage des **heures** des invalidités reliées à des raisons d'ordre psychologique	58 %	54 %	52 %

Ressources financières

Respect de la cible budgétaire 2006-2007

Le MSSS et le CRSSS de la Baie-James ont signé une entente de gestion en début d'année financière dans laquelle l'établissement s'engageait à ne pas dépasser le déficit autorisé de 168 387 $. Grâce aux efforts de tous les gestionnaires et des équipes, la cible établie a été respectée. En effet, comme vous pourrez le constater à l'annexe 3, l'établissement présente un déficit de 166 666 $ avec des revenus de 43 611 906 $ et des charges de 43 778 572 $.

Ressources informationnelles

Aménagement d'une salle des serveurs

À la suite du dépôt du *Cadre global de la sécurité des actifs informationnels* du MSSS, il est vite apparu que la salle des serveurs du technocentre était désuète et ne satisfaisait pas à la plupart des recommandations du cadre. En effet, la climatisation n'était plus adéquate, il y avait des conduites d'eau au-dessus des équipements, le câblage était inadéquat et mal identifié ce qui augmentait le risque d'erreur lors de changement de configuration ou de maintenance. De plus, le branchement électrique n'était pas redondant au niveau de l'alimentation de secours ce qui empêchait la maintenance sans faire un arrêt complet des serveurs. L'établissement étant de plus en plus informatisé, il est impératif de minimiser les risques de panne et ainsi assurer la sécurité et l'accessibilité des actifs et des données.

Au coût de 275 000 $, la nouvelle salle a été mise en fonction le 15 juin 2006 et le dernier serveur a migré dans la nouvelle salle le 15 octobre 2006. Aucun problème de température excessive n'est survenu depuis la mise en place de la nouvelle solution de climatisation et nous n'avons pas eu besoin de faire d'arrêt complet des serveurs pour de la maintenance. La simplification du système de câblage facilite la maintenance également.

Tableau 5 : Effectifs en omnipratique

Centre de santé	Évolution des effectifs			
	Prévus au plan	En place au 31 mars 2005	En place au 31 mars 2006	En place au 31 mars 2007
CS René-Ricard	6	6	6	5
CS de Chibougamau	18	13	14	15
CS Lebel	6	4	5	5
CS Isle-Dieu	6	4	4	4
CS de Radisson	1	1	1	1
TOTAL	**37**	**28**	**30**	**28**

Tableau 6 : Médecine spécialisée (Chibougamau)

Spécialité	Effectifs	
	Prévus au plan d'effectifs	En place au 31 mars 2007
Anesthésie	1	Équipe itinérante
Chirurgie générale	1	Équipe itinérante
Médecine interne	1	0
Psychiatrie	1	0
Radiologie diagnostique	1	0
Santé communautaire	1	0*

* Il est à noter que des tâches en santé communautaire sont produites actuellement par un médecin omnipraticien.

Programme d'aide aux employés

Tableau 7 : Statistiques sur les consultations des employés vs les conjoints et les enfants, 2006-2007

	Nombre total d'employés	Employés	Conjoints	Enfants	Total
Secteur est	450	60	0	0	60
Secteur ouest	169	13	0	0	13

Tableau 8 : Statistiques sur le groupe d'âge et le sexe des individus qui ont consulté, 2006-2007 (Secteur est et ouest)

Groupe d'âge	Femmes		Hommes		Total	
20 ans et moins	0	0 %	0	0 %	0	0 %
21 à 30 ans	10	18 %	2	12 %	12	16 %
31 à 40 ans	24	42 %	3	19 %	27	37 %
41 à 50 ans	16	28 %	6	38 %	22	31 %
51 ans et plus	7	12 %	5	31 %	12	16 %
Total	57		16		73	
Nombre total d'individus : 73 Moyenne d'âge : 41,5 ans	Nombre d'inconnus : 0					

Assurance salaire

Concernant le ratio d'heures en assurance-salaire, nous avons complété l'année de référence à 6.14 % ce qui correspond à un écart de 7.5 % par rapport à la cible théorique ministérielle. Notre objectif était de demeurer dans un écart de 5 % de la cible. En somme, nous pouvons dire que le résultat est satisfaisant, compte tenu que nous avons un contrôle relatif de ce ratio. Nous constatons beaucoup de cas de cancers et de diagnostics physiques (augmentation de près de 300 % par rapport à l'an dernier) mais une réduction des heures d'absence en raison de problèmes de santé mentale. Le bilan nous semble donc très positif malgré tout.

Tableau 9 : Coûts reliés à l'assurance-salaire

	2004-2005	2005-2006	2006 - 2007
Heures en assurance-salaire	39 938	39 163	43 089
Heures travaillées	641 405	680 682	702 335
Ratio Hrs trav/Hrs ass-sal	6,23 %	5,75 %	6,14 %
Coûts des prestations versées en assurance salaire	766 171 $	619 015 $	920 249 $
Pourcentage des **heures** des invalidités reliées à des raisons d'ordre psychologique	58 %	54 %	52 %

Ressources financières

Respect de la cible budgétaire 2006-2007

Le MSSS et le CRSSS de la Baie-James ont signé une entente de gestion en début d'année financière dans laquelle l'établissement s'engageait à ne pas dépasser le déficit autorisé de 168 387 $. Grâce aux efforts de tous les gestionnaires et des équipes, la cible établie a été respectée. En effet, comme vous pourrez le constater à l'annexe 3, l'établissement présente un déficit de 166 666 $ avec des revenus de 43 611 906 $ et des charges de 43 778 572 $.

Ressources informationnelles

Aménagement d'une salle des serveurs

À la suite du dépôt du *Cadre global de la sécurité des actifs informationnels* du MSSS, il est vite apparu que la salle des serveurs du technocentre était désuète et ne satisfaisait pas à la plupart des recommandations du cadre. En effet, la climatisation n'était plus adéquate, il y avait des conduites d'eau au-dessus des équipements, le câblage était inadéquat et mal identifié ce qui augmentait le risque d'erreur lors de changement de configuration ou de maintenance. De plus, le branchement électrique n'était pas redondant au niveau de l'alimentation de secours ce qui empêchait la maintenance sans faire un arrêt complet des serveurs. L'établissement étant de plus en plus informatisé, il est impératif de minimiser les risques de panne et ainsi assurer la sécurité et l'accessibilité des actifs et des données.

Au coût de 275 000 $, la nouvelle salle a été mise en fonction le 15 juin 2006 et le dernier serveur a migré dans la nouvelle salle le 15 octobre 2006. Aucun problème de température excessive n'est survenu depuis la mise en place de la nouvelle solution de climatisation et nous n'avons pas eu besoin de faire d'arrêt complet des serveurs pour de la maintenance. La simplification du système de câblage facilite la maintenance également.

Gestion des risques et de la qualité

Au cours de la dernière année budgétaire 2006-2007, le CRSSS de la Baie-James a déployé, dans le cadre de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux* (L.R.Q., 2002, c.71) la mise en œuvre de mesures visant à s'y conformer.

Volet risques
Ainsi, en juillet 2006, le conseil d'administration procédait à la nomination d'un cadre supérieur à la direction générale dont une partie du mandat est de doter l'établissement de mécanismes lui permettant de gérer de la qualité et des risques évitables et d'assurer de ce fait une prestation sécuritaire de soins.

Le comité de gestion des risques a été mis sur pied au cours de la dernière année. Son mandat sera notamment d'identifier et analyser les risques d'incidents et d'accidents en vue d'assurer la sécurité des usagers. Le comité aura également à s'assurer qu'un soutien soit apporté aux victimes éventuelles d'accidents dans notre établissement, à mettre en place le registre des accidents et incidents, à faire des recommandations au conseil d'administration de mesures en vue d'éviter les accidents et incidents et s'assurer que ces recommandations soient appliquées. Pour assurer ce mandat, une formation a été offerte aux membres du comité. La première rencontre aura lieu en mai 2007.

En ce qui concerne la déclaration d'incidents et d'accidents, le formulaire AH-223 n'est pas informatisé ce qui rend plus difficile la collecte d'information. Un groupe de travail se penche actuellement sur la manière de colliger les données pertinentes du rapport par la constitution d'une base de données. Cette solution temporaire permettrait d'attendre le développement informatique que le MSSS est à mettre en place.

L'établissement a révisé, également, son règlement de divulgation des accidents auprès des usagers et l'a utilisé à une occasion au cours de la dernière année.

Ainsi, par la mise en place des meilleures pratiques, l'établissement sera à même de répondre aux nouveaux défis que pose la sécurité des services et des soins auprès des usagers.

Volet qualité
L'établissement a mis en branle, au cours du premier trimestre de 2007, le comité régional de vigilance et de la qualité en adoptant au conseil d'administration le règlement de constitution.

Ce comité aura comme responsabilité, entre autres, de recevoir et d'analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes.

En termes de qualité, l'établissement s'est inscrit dans une démarche d'agrément auprès du Conseil canadien d'agrément des services de santé dont la visite est prévue au cours de l'automne 2008.

Dans le but d'assurer la réussite d'un tel événement, des équipes seront formées afin de valider si les processus en cours répondent au niveau de qualité requis pour un établissement comme le CRSSS de la Baie-James.

Actuellement, l'équipe des laboratoires a débuté le travail. Les membres de l'équipe réalisent l'auto-évaluation et ont débuté la mise à niveau des procédures et des processus.

GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS

Acquisition d'équipements
L'organisation a procédé à l'achat en urgence de 300 000 $ d'équipements médicaux et d'équipements médicaux spécialisés pour assurer le maintien des services à la clientèle. Les activités se sont déroulées comme il était prévu et les achats visent à remplacer des équipements désuets ou à ajouter de nouveaux équipements au parc actuel. Pour la prochaine année, des procédures de demandes seront standardisées et des formulaires seront produits afin de faciliter la démarche. Les dossiers majeurs d'acquisition d'équipement médicaux sont soulignés dans cette section.

Table de radioscopie numérique
En cours d'année 2006-2007, le département de radiologie du Centre de santé de Chibougamau a procédé au remplacement d'une table conventionnelle de radioscopie désuète par une table numérique. Ce nouvel appareil produit des images numériques pouvant être emmagasinées directement dans le système PACS (système d'archivage et de communication d'imagerie médicale). Il engendre des images d'une meilleure qualité permettant aux radiologistes d'établir des diagnostics précis et fiables. L'appareil sert entre autres aux lavements et repas barytés et aux arthroscopies. L'installation fut complétée au coût de 600 000 $ en décembre 2006 et l'appareil est entré en opération le 8 janvier 2007. Les diagnostics sont établis actuellement par les radiologistes de l'Hôpital Sainte-Justine lors des visites bimensuelles au Centre de santé de Chibougamau.

Système de surveillance cardiaque et télémétrie
Au Centre de santé Lebel de Lebel-sur-Quévillon, le financement obtenu a permis d'acquérir un système de surveillance cardiaque et de télémétrie au coût total de 81 000 $. Il faut remercier la Fondation Lebel qui a participé à ce projet à hauteur de 30 000 $.

Appareil de Fast-écho
Au coût de 44 000 $, un appareil de Fast-écho a été acquis au Centre de santé de Chibougamau. Cet appareil permet un diagnostic plus rapide et une évaluation plus juste. Puisque les médecins peuvent l'utiliser à l'urgence, le patient n'a pas à être déplacé, ce qui est particulièrement utile dans les cas de traumatisme.

Système d'air médical
L'ancien système d'air médical du Centre de santé de Chibougamau étant devenu désuet, il a été remplacé au coût de 120 000 $.

Installation de verrous de portes et caméras
Pour améliorer la sécurité des usagers, du personnel et des visiteurs au Centre de santé de Chibougamau, particulièrement la nuit et la fin de semaine, nous avons pris la décision de procéder à l'installation d'un système de sécurité. Ayant nécessité un investissement de 80 000 $, celui-ci comporte des verrous de portes et des caméras. Depuis l'installation, nous ne signalons aucune entrée par effraction.

Plan triennal immobilier
Le MSSS demande à chaque établissement de produire un plan triennal immobilier pour identifier les améliorations à apporter et voir à l'entretien de base des immeubles. Le budget affecté à cette fin a été augmenté et est d'environ 700 000 $ annuellement pour les trois prochaines années.

Le programme de soutien aux organismes communautaires

3

Durant l'année financière 2006-2007, les organismes communautaires reconnus dans la région du Nord-du-Québec ont poursuivi leur excellent travail auprès de la population jamésienne. Certains types d'organismes communautaires comme les centres de femmes et les maisons des jeunes ont pignon sur rue dans chacune des communautés de la région. Cette approche constitue une caractéristique particulière dans la région du Nord-du-Québec et crée une pression supplémentaire au CRSSS de la Baie-James au sens d'investissements additionnels dans la région.

Nous constatons depuis quelques années l'émergence de la problématique de soutien aux personnes atteintes du cancer ou de leurs proches. Le mouvement communautaire est très sensible à cette situation et met de plus en plus de services à la disposition de la communauté.

La direction de la planification et de l'organisation des services a procédé à l'analyse de la documentation pertinente à la reddition de compte des organismes communautaires, en respect des règles édictées par le Ministère dans le cadre du programme de soutien aux organismes communautaires. Cette analyse permet de s'assurer du respect du cadre financier du programme, de bien saisir le lien entre les activités effectuées par les organismes et l'objet de leur charte, de même que du respect du processus démocratique inhérent à l'organisation communautaire.

Le budget du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) est passé de 2 199 936 $ en 2005-2006 à 2 561 088 $ en 2006-2007. L'augmentation provient en partie des sommes consenties aux groupes de femmes pour un montant de 173 444 $, aux victimes d'agression sexuelle pour un montant de 50 000 $, pour le plan d'action jeunesse avec un ajout de 25 900 $, par l'indexation annuelle, le budget de développement pour un montant de 50 000 $ ainsi que quelques autres sommes provenant de transfert de fonds des programmes.

Comme les années passées, le CRSSS de la Baie-James favorise l'utilisation des budgets supplémentaires à la consolidation des organismes déjà implantés dans la région, de façon à leur permettre d'atteindre un niveau de financement adéquat en lien avec leurs objectifs et leur mission.

Aucun nouvel organisme n'a obtenu de financement provenant du PSOC en 2006-2007. Par contre, certains organismes ont obtenu du financement supplémentaire par la voie de projets ponctuels de façon à organiser des projets novateurs en action communautaire dans la région.

Le CRSSS de la Baie-James poursuit, en lien avec le comité provincial d'harmonisation des pratiques, son travail afin de produire le cadre de référence régional de relation avec le mouvement communautaire.

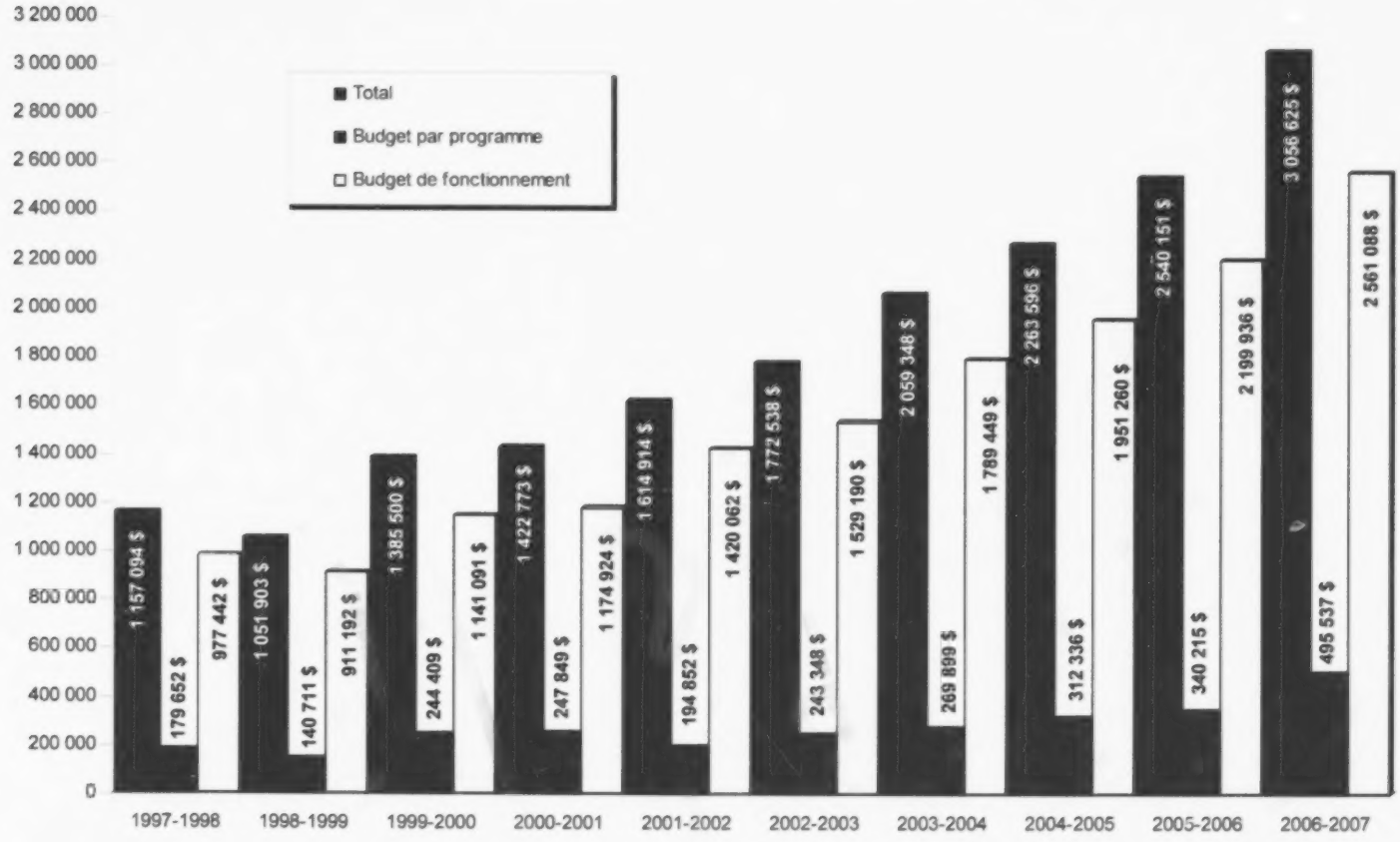
Le Centre de santé de Chibougamau a développé et offert au cours de la dernière année un programme de formation continue à l'intention des organismes communautaires de Chibougamau et Chapais en vue de répondre aux besoins des organismes, à la diversité et la complexité des besoins de la population. Le programme favorise le transfert d'expertise et la collaboration entre les intervenants des centres de santé et les intervenants du milieu communautaire. Le programme a été élaboré à la suite d'une collecte de données auprès des organismes. Ceux-ci peuvent également adresser des demandes en matière de formation et le processus a été centralisé.

Les tableaux suivants illustrent la progression des montants accordés aux organismes communautaires, tant par le biais du PSOC que par les fonds des programmes administrés par le CRSSS de la Baie-James.

Tableau 10 : Provenance des sommes allouées aux organismes communautaires en 2006-2007

Programme	Nombre d'organismes		SOC		Réallocations		Programmes	
	2005-2006	2006-2007	2005-2006	2006-2007	2005-2006	2006-2007	2005-2006	2006-2007
PROMOTION ET SERVICES À LA COMMUNAUTÉ								
• Familles	3	3					122 102 $	129 035 $
• Services d'aide et d'accompagnement	1	1	116 874 $	125 186 $	11 800 $	14 300 $		
• Consultation et concertation régionale	1	1	45 227 $	62 227 $	20 000 $	20 000 $		
• Lutte à la pauvreté	1	1	10 780 $	14 767 $	3 844 $	4 633 $	13 000 $	12 000 $
• Centre d'action bénévole	1	1	6 800 $	11 800 $	3 200 $	3 200 $		80 000 $
• Personnes handicapées	2	2	70 000 $	76 000 $	5 248 $	25 000 $	16 681 $	28 003 $
• Services aux hommes	1	1	61 800 $	63 800 $	15 000 $	15 000 $		
SANTÉ PHYSIQUE	1	1	13 000 $	15 899 $	27 000 $	37 000 $	1 800 $	8 200 $
SERVICES AUX FEMMES ET AUX CONJOINTS EN DIFFICULTÉ								
• Maison d'hébergement pour femmes	1	1	480 656 $	518 112 $				
• Centres de femmes	6	6	474 785 $	666 883 $	64 500 $	64 500 $	28 922 $	36 522 $
SERVICES À LA JEUNESSE								
• Maisons de jeunes	6	6	266 199 $	305 099 $	84 127 $	84 127 $	99 810 $	112 880 $
• Autres ressources pour les jeunes	2	2			24 000 $	24 000 $	6 000 $	6 000 $
MAINTIEN À DOMICILE	2	2	13 000 $	13 000 $		1 500 $		
SERVICES EN SANTÉ MENTALE								
• Santé mentale	2	3	114 780 $	114 780 $	200 775 $	203 775 $	51 900 $	69 400 $
• Suicide	2	2	34 041 $	36 541 $	32 500 $	39 959 $		13 497 $
Total	**32**	**33**	**1 707 942 $**	**2 024 094 $**	**491 994 $**	**536 994 $**	**340 215 $**	**495 537 $**

Graphique 1 : Évolution des subventions versées aux organismes communautaires



Les services préhospitaliers d'urgence et les mesures d'urgence

4

Programme de secourisme en milieu scolaire
Suite aux résultats positifs d'un projet pilote, un programme de secourisme en milieu scolaire fut mis en branle en janvier 2006 pour l'ensemble des écoles primaires et secondaires de la région. Les niveaux sélectionnés sont la maternelle, la 2e, la 4e et la 6e année du primaire ainsi que la 3e année du secondaire. Les notions abordées sont progressives et vont de l'appel au 9-1-1 pour les jeunes de maternelle jusqu'à une certification complète de RCR en 3e année du secondaire.

Déploiement de défibrillateurs externes automatiques
L'implantation d'un défibrillateur externe automatique (DEA) fut réalisé en mars 2006 au centre administratif du CRSSS de la Baie-James et des démarches sont en cours auprès de différentes organisations de la région pour une éventuelle implantation, dont les postes de police de la Sûreté du Québec, les centres de conditionnement physique ou sportif et les centres commerciaux.

Renouvellement des moniteurs défibrillateurs semi-automatiques
Le rehaussement des équipements et des compétences cliniques des techniciens ambulanciers de la région s'est poursuivi en cours d'année. Le CRSSS de la Baie-James a remplacé l'ensemble des moniteurs défibrillateurs semi-automatiques (MDSA) pour l'ensemble de la flotte ambulancière du territoire. Ainsi, les techniciens ambulanciers sont en mesure d'effectuer un électrocardiogramme chez la clientèle dont les symptômes le justifient, accélérant ainsi la continuité des traitements une fois en centre hospitalier.

Recrutement des techniciens ambulanciers
L'année 2006-2007 fut une année difficile pour le recrutement et la rétention des techniciens ambulanciers dans la région. En collaboration avec les entreprises ambulancières, le CRSSS de la Baie-James s'est impliqué auprès du MSSS afin de trouver des solutions à cette problématique.

Évacuations de Mistissini
L'année 2006-2007 a une fois de plus testé notre réseau régional de santé en mesures d'urgence ainsi que l'implication exceptionnelle du personnel. En juin 2006, à une semaine d'intervalle, deux feux de forêt ont forcé l'évacuation de la communauté autochtone de Mistissini. Plusieurs résidants se sont dirigés vers Chibougamau, la ville la plus proche. À deux reprises, c'est donc plus de 2 500 personnes qui furent accueillies, dont plus de 20 ont été hébergés au Centre de santé de Chibougamau en raison de leur état de santé. La mission santé en sécurité civile a été déployée pendant ces événements afin d'offrir notamment l'aide requise aux sinistrés et maintenir un accès adéquat aux services de santé de notre région.

Plans locaux de sécurité civile
Durant l'année 2006-2007, tous les centres de santé ont réalisé leur *Plan local de sécurité civile – Mission santé.* Afin de faciliter l'opérationnalisation de ces plans auprès du personnel, un vidéo a été produit par le CRSSS de la Baie-James.

Lutte à une pandémie d'influenza
En mai 2006, le CRSSS de la Baie-James a déposé au MSSS son *Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé, région Nord-du-Québec* et tous les centres de santé ont développé, en complémentarité de ce plan, leur *Plan local de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé, région Nord-du-Québec.* Ces plans sont dynamiques et demeureront en évolution durant les prochaines années.

À l'automne 2006, le CRSSS de la Baie-James, en collaboration avec le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et la Régie régionale du Nunavik, a déposé au MSSS le *Plan suprarégional nordique de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé*. Ce plan de lutte intégré représente une première au niveau du réseau de la santé : notre vision relativement commune de lutte à une pandémie a amené le regroupement de plusieurs régions sociosanitaires du Québec afin de fournir une réponse unifiée devant la menace de pandémie d'influenza. Ce plan de lutte nordique suprarégional marque un précédent dans la collaboration et la solidarité nordique. Évidemment, le plan suprarégional nordique suppose l'appui financier et surtout un apport en ressources humaines de la part du MSSS en cas de pandémie. Le CRSSS de la Baie-James est le leader de ce plan et une deuxième version qui intègre la région de l'Abitibi-Témiscamingue est en cours de réalisation pour un dépôt au MSSS prévu au printemps.

Traumatologie

Une formation clinique, sous forme de tournée régionale, a été offerte à l'automne 2006 sur les notions d'ACLS (Advanced Cardiac Life Support) et d'ATLS (Advanced Trauma Life support) et le CRSSS de la Baie-James désire en faire un événement annuel. Plus de 25 personnes (médecins, infirmières, inhalothérapeutes et techniciens ambulanciers de Chapais, Chibougamau, Lebel-sur-Quévillon et Matagami) y ont participé. À l'hiver 2007, la participation régionale de plus d'une dizaine de personnes au Congrès provincial de traumatologie et au Colloque régional annuel de traumatologie du Saguenay-Lac-Saint-Jean (auquel 1 médecin du Centre de santé de Chibougamau est invité comme conférencier) confirme que ce dossier est en plein essor dans la région Nord-du-Québec.

Principales activités des conseils consultatifs du conseil d'administration

5

LE CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Tous les comités du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ont été actifs et ont fait rapport régulièrement au comité exécutif. Parmi les activités de 2006-2007, mentionnons un travail sur la nomination des membres d'un comité de discipline *ad hoc* lorsqu'une plainte concernant un membre du CMDP est déposée par un usager, une recommandation sur la formation continue des médecins omnipraticiens (ACLS, ATLS, ASLO ou GESTA et ANLS selon le cas).

Le service de pharmacie a élaboré la nouvelle procédure concernant la gestion des formes concentrées des opiacés injectables tandis que les médecins ont travaillé à l'élaboration d'une procédure de surveillance pour les patients ayant reçu des opiacés.

Enfin, plusieurs ordonnances collectives, élaborées et révisées par la direction des soins infirmiers et des programmes, ont été adoptées par le comité exécutif du CMDP.

LE CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Redémarré au cours de 2005-2006, le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) a poursuivi ses activités au cours de la dernière année. Pour mieux faire connaître les responsabilités du CII et son rôle dans l'organisation, le comité exécutif a mis en œuvre différentes activités dont la distribution aux membres d'un porte-carte d'identité portant le logo du CII par le comité exécutif et les CII locaux.

Le CII a également donné son avis à la direction sur différents sujets parmi lesquels le nouveau formulaire d'administration d'opiacés, l'échelle d'évaluation de la douleur, les mesures de contrôle et la prévention des infections dans les centres de santé.

LE CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Après quelques années d'inactivité, le Conseil multidisciplinaire (CM) a recommencé à fonctionner. Pour mieux être identifié par les membres, le CM a organisé un concours pour se doter d'une signature visuelle. Par la suite, un porte-carte d'identité portant ce logo a été distribué à tous les membres lors d'activités spéciales dans les centres de santé. Cette année a permis de mieux faire connaître le rôle du CM dans l'organisation aux gestionnaires, aux médecins et au personnel

LE COMITÉ RÉGIONAL DES USAGERS

C'est à l'automne 2006 qu'a démarré le nouveau comité régional des usagers en remplacement du comité local des usagers du Centre de santé de Chibougamau et en conformité avec la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Le comité s'est réuni à quelques reprises sur le territoire afin de faire connaître ses membres et sensibiliser les usagers à la nouvelle réalité régionale. Une campagne de sensibilisation auprès des usagers est actuellement en cours. Le bureau du comité est toujours situé au Centre de santé de Chibougamau et une ligne sans frais pour les usagers est en place afin de recevoir les commentaires ou demandes des usagers.

Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

Annexe 1

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2006 – 2007 du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James :

- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables dans les limites de la fiabilité des données recueillies dans I-CLSC.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2006 – 2007.

Signé à Chibougamau le 31 mai 2007

Nom : Diane Laboissonnière
Titre : Présidente-directrice générale

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Personnel du réseau et du Ministère
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	S.O.	S.O.	S.O. (6.14 %)

Commentaires

Considérant la faible masse critique dans le Nord-du-Québec, les données pour cet indicateur sont trop volatiles pour être considérées dans l'entente de gestion.

Le résultat pour 2006-2007 est de 6.14 %.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date** : 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Prévention – tabagisme
Objectifs de résultats 2005-2010	Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.1.2 Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme (CAT)			
- Interventions individuelles	64 pers.	55 pers.	59 pers.
- Interventions de groupe	N/D (1)	10 pers.	11 pers.

Commentaires

(1) Il nous est impossible de fournir cette donnée puisque pour l'année 2005-2006, l'indicateur comprenait autant les interventions individuelles que de groupe. La saisie des données ne permettait pas cette différenciation.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Dépistage du cancer du sein
Objectifs de résultats 2005-2010	Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.1.3 Taux de participation au programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	75.2	70 %	75.2 % (N/D) (1)
1.1.5 Taux de référence pour investigation			
- initial	N/D (2)	N/D (2)	10.3 % (N/D) (1) (2)
- subséquent	N/D	N/D	4.9 % (N/D) (1) (2)

Commentaires

(1) Le taux de participation pour l'année 2006-2007 sera disponible seulement en septembre 2007. Le résultat inscrit ici est celui de 2004-2006.

(2) Pour notre région, le taux de référence en investigation s'avère instable et difficile à interpréter en raison de notre petite population admissible (environ 1 450 femmes). Par ailleurs, toutes les mammographies effectuées dans notre région sont lues par les radiologistes de la Clinique Audet de Québec. La région de la Capitale Nationale a, pour sa part, des objectifs à atteindre ce qui, inévitablement, a de l'incidence sur notre région. Compte tenu de ces considérations, aucun engagement n'a été retenu.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Protection – infections transmissibles sexuellement et par le sang

Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.1.7 Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	0	5 activités	0
1.1.9 Nombre d'interventions de vaccinations réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	0	2 activités	0

Commentaires

Concernant les objectifs visés par les SIDEP, nous rencontrons des difficultés à déployer ce programme au Nord-du-Québec. Il va sans dire que pour une région comme la nôtre, identifier des milieux de proximité (les bars et les saunas) pour réaliser des activités de dépistage (hors les murs) s'avère un défi. La clientèle vulnérable semble plus rare et moins visible donc, plus difficile à rejoindre. Ceci implique que les centres de santé doivent déployer des efforts considérables et soutenus avec souvent peu de résultats (où les individus rejoints ne sont pas nécessairement ceux qu'il faut rejoindre). Nous nous questionnons sur l'intensité des efforts à consentir pour le déploiement d'activités hors les murs. Nous croyons qu'il serait préférable de consolider les services de dépistage à l'intérieur des centres de santé avant d'intensifier les services hors les murs. Cependant, nous poursuivons nos efforts à soutenir la mise en œuvre de la stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le SIDA, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Système du sang
Objectifs de résultats 2005-2010	Optimiser la sécurité de la transfusion et de la transplantation en atteignant un taux de 100 % de traçabilité des produits sanguins.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.1.10 Taux de traçabilité des produits sanguins	100 %	100 %	100%

Commentaires

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services infirmiers et psychosociaux généraux
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	552	450	449
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	4.27	4.3	4.13

Commentaires

Les statistiques tirées de I-CLSC indiquent une diminution du nombre d'usagers par rapport à l'an dernier, passant de 552 à 449. Cette diminution ne semble pas être en lien avec une baisse de la demande de service de la population ni à des difficultés de notre organisation à offrir le service. L'offre de service est adéquate et il n'y a pas de liste d'attente dans les services courants.

La lecture de statistiques en hausse, comme dans les programmes de santé mentale et des jeunes en difficulté pourrait indiquer ici une meilleure utilisation des statistiques dans I-CLSC.

Le nombre moyen d'interventions a légèrement diminué par rapport à 2005-2006, passant de 4,27 à 4,13, ce qui est malgré tout au-dessus du seuil de 3,86.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	180	195	189
1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçu par les personnes en perte d'autonomie	39,09	34	37,81

Commentaires

Le nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile se situe actuellement entre le seuil de 15 % et la cible 2010 de 16 %, c'est-à-dire environ 15,5 %. Compte tenu des variations observées dans la population en général et de l'absence de liste d'attente, cette situation est jugée adéquate.

En ce qui a trait au nombre moyen d'interventions, les résultats démontrent une intensité de service qui dépasse de plus de 50 % la cible de 2010 fixée par le ministère.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	5.48	3.5	5.38
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0..54	0.3	0.45

Commentaires

La mise en œuvre de l'implantation de l'approche milieu de vie dans une de nos installations a induit une augmentation des heures en soins infirmiers et d'assistance ainsi que les heures professionnelles, notamment en animation.

Il importe de mentionner ici que deux de nos centres de santé n'ont que quatre lits d'hébergement de longue durée, ce qui entraîne automatiquement une surévaluation du nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence se répercutant sur la statistique régionale.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – déficience physique
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	202	157	190
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	14.43	14.47	13.39

Commentaires

Les résultats de l'année 2006-2007 pour le soutien à domicile aux personnes ayant une déficience physique dépassent largement encore cette année la cible fixée pour 2010 qui est de 108 personnes.

Au chapitre du nombre moyen d'interventions en soutien à domicile, celui-ci a légèrement fléchi cette année, mais demeure quand même près du seuil à atteindre. Nous croyons que le nombre plus élevé de clientèle crée une pression sur le réseau dans sa capacité de répondre à cet objectif de 14,47 interventions en moyenne.

Pour atteindre la cible 2010 de 21,47 interventions en moyenne, il faudra vraisemblablement recourir à des investissements importants dans ce secteur d'activité.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – déficience physique
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	16	16	14

Commentaires

Cette année, le nombre de familles recevant des services par allocation directe a diminué de 2, tout comme le nombre de familles recevant des services de soutien à domicile. Dans un contexte de petits nombres comme on le retrouve dans la région, un déménagement ou une modification à l'offre de service fait varier sensiblement les résultats. Ceci étant, la région ne ménage pas ses efforts afin que les familles reçoivent les services qui correspondent à leurs besoins, l'allocation directe étant une façon de faire parmi d'autres.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services spécialisés – déficience physique

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.4.4 Nombre de personnes ayant une déficience motrice recevant des services spécialisés de réadaptation	s.o.	s.o.	s.o
1.4.5 Nombre de personnes ayant une déficience visuelle recevant des services spécialisés de réadaptation	s.o.	s.o.	s.o
1.4.6 Nombre de personnes ayant une déficience auditive recevant des services spécialisés de réadaptation	s.o.	s.o.	s.o
1.4.7 Nombre de personnes ayant une déficience de la parole et du langage recevant des services spécialisés de réadaptation	s.o.	s.o.	s.o

Commentaires

En ce qui a trait aux services spécialisés de réadaptation, notre région ne possède pas de centre de réadaptation. En d'autres mots, n'étant pas dispensateur de ce service, nous n'avons aucun résultat concernant le nombre de personnes recevant ces services spécialisés. Les personnes ayant une déficience physique doivent se déplacer dans les régions limitrophes afin de recevoir les services dont ils ont besoin. Pour l'instant, le nombre de clients recevant ces services est comptabilisé par les régions qui offrent les services spécialisés de réadaptation dans notre région, soit les régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02) et de l'Abitibi-Témiscamingue (08), et même les régions de la Capitale-Nationale (03) et de Montréal (06).

Éventuellement, il serait intéressant pour la région et le CRSSS de la Baie-James de connaître le nombre de personnes recevant des services spécialisés de réadaptation afin d'établir un portrait réel des services spécialisés dispensés à sa clientèle en déficience physique.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – déficience intellectuelle

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.5.1 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	39	32	30
1.5.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI)	7,92	8	4,87

Commentaires

Pour cette année, un total de 30 personnes présentant une déficience intellectuelle reçoivent des services de soutien à domicile. Malgré un seuil de 16 familles, qui est largement dépassé par les résultats, nous devons constater une diminution importante en comparaison avec les résultats de 2005-2006. Cette diminution s'explique en partie par de nombreux changements de personnel affecté à ces services en cours d'année. Ceci explique aussi la baisse du nombre moyen d'interventions.

Une stabilisation des équipes de travail travaillant en soutien à domicile dans ce secteur d'activité devrait permettre de mieux répondre aux besoins de la clientèle, ainsi que d'atteindre les cibles fixées.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – déficience intellectuelle
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.5.3 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	9	11	10

Commentaires

Le nombre de familles recevant des services par allocation directe a augmenté d'une seule famille. Notre souci demeure l'adéquation entre les besoins de la clientèle et les services que nous sommes en mesure d'offrir à celle-ci.

Encore une fois ici, les petits nombres nous incitent à la prudence dans l'interprétation que l'on peut en faire.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – trouble envahissant du développement

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant un trouble envahissant du développement et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.5.4 Nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	11	8	18
1.5.5 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (TED)	6	5	6,78

Commentaires

Les statistiques indiquent que 18 personnes ont reçu des services de soutien à domicile, ce qui représente une hausse comparativement à l'an dernier. Par contre, le nombre moyen de 6,78 interventions par personne a légèrement augmenté. Ceci étant, il importe de mentionner qu'il n'y a pas d'attente de service dans ce secteur d'activité. Toutes les familles qui ont besoin de ces services les reçoivent.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – trouble envahissant du développement
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.5.6 Nombre d'usagers ayant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	8	8	6

Commentaires

Cette année, le nombre de familles recevant des services par allocation directe a diminué de 2, tout comme le nombre de familles recevant des services de soutien à domicile.

La cible de 2010 de 5 familles est déjà atteinte, mais, encore dans ce secteur d'activité, aucune famille n'est en attente de service.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services spécialisés – trouble envahissant du développement

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement en augmentant le nombre d'enfants desservis.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.5.7 Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA	0	0	0
1.5.8 Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de 6 ans	s.o.	15 h/sem./enf.	s.o

Commentaires

Comme nous n'avons aucun CRDI dans la région, aucun service d'intervention comportementale intensive n'est donné aux enfants de la région. De plus, étant donné l'intensité de ce service et la distance qui nous sépare des CRDI, aucun enfant n'est référé vers des centres de réadaptation des régions limitrophes.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services spécialisés – trouble envahissant du développement

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de jeunes desservis, âgés de 6 à 21 ans et en augmentant le nombre d'adultes desservis, de 21 ans et plus.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.5.9 Nombre de jeunes âgées de 6 à 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	3	3	0 (5)
1.5.10 Nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	0	0	0

Commentaires

Même si la région ne possède aucun centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement, cinq jeunes reçoivent tout de même des services plus spécialisés dans la région soit par des suivis en ergothérapie, en orthophonie ou en réadaptation.

Pour l'instant, la région ne dénombre aucun adulte de 21 ans ou plus présentant un trouble envahissant du développement. Ce sont les services pour les enfants qui sont davantage développés et consolidés. Le CRSSS de la Baie-James devra s'assurer d'offrir les mêmes services à cette clientèle le cas échéant.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	344	300	434
1.6.2 Nombre moyen d'intervention par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	5,01	6	6.04

Commentaires

Les données recueillies indiquent une forte augmentation du nombre de jeunes suivis dans ce programme. En effet, le nombre d'usagers est passé de 344 en 2005-2006 à 434 en 2006-2007, ce qui représente plus de deux fois le seuil de 6 % des familles. De plus, le nombre moyen d'interventions est passé dans le même temps de 5,01 à 6,04 ce qui dépasse légèrement le seuil de 6.

Comme mentionné à la fiche 1.2.2, nous devons présumer qu'une meilleure utilisation d'I-CLSC pourrait expliquer en partie l'augmentation importante des statistiques en jeunes en difficulté.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de deuxième ligne – jeunes et leur famille en difficulté
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse		S.O.[1]	
1.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse		S.O.[1]	
1.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA		S.O.[1]	
1.6.8 Taux de nouveaux placements en centre jeunesse		S.O.[1]	

[1] La région 10 Nord-du-Québec est desservie pour ce volet, par les centres jeunesse des régions 02 et 08 par entente. Les données seront fournies par ces régions.

Commentaires

Les données nécessaires dans cette fiche de reddition de comptes sont comptabilisées par les centres jeunesse des régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02) et de l'Abitibi-Témiscamingue (08) qui offrent ces services dans notre région.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de première ligne – toxicomanies
Objectifs de résultats 2005-2010	Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.7.1 Nombre de jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie suite à une évaluation	0	5 pers.	19

Commentaires

Le développement en 2005-2006 d'un poste spécialisé en réadaptation jeunesse en toxicomanie dans le secteur de Chapais et de Chibougamau semble porter fruit. Cet ajout, associé à une meilleure compréhension de la teneur de l'indicateur et par conséquent de la prise de statistiques font que nous sommes passés de 0 à 19 jeunes référés en cours de 2006-2007.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Jeu pathologique
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	14 pers.	14 pers.	12 pers.

Commentaires

Par rapport au nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique, ces services sont bien en place et la demande de services des usagers demeure faible compte tenu de l'ampleur des services mis à la disposition de la population.

Il semble, selon les recherches actuelles, que les variations dans les demandes de services seraient en lien direct avec les campagnes sociétales de sensibilisation.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de première ligne – santé mentale

Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.8.1 Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	18	18	32
1.8.2 Nombre d'usagers de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)	182	182	226

Commentaires

Il faut se référer à nos particularités nordiques pour les enjeux régionaux. Les équipes de base étant restreintes, nous n'offrons pas de services de garde 24/7. La clientèle a accès à Info-Santé et Info-Social qui peut effectuer des références vers l'urgence en dehors des heures de travail régulières. Ainsi, avec les lignes d'écoute déjà existantes, soit celles des CPS et Tel-Aide, la population peut obtenir une réponse rapide en situation de crise.

Il n'y a pas de psychiatre dans la région, la clientèle bénéficie de visites régulières de psychiatres et de pédopsychiatres. En ce sens, considérant l'absence de spécialistes installés sur le territoire, le CRSSS de la Baie-James ne peut prendre d'engagement en ce qui a trait à l'accès aux services de 2e ligne. Pour les cas d'hospitalisation et d'évaluation, la clientèle est tributaire des corridors de services et doit par conséquent être référée à l'extérieur de la région sur des centaines de kilomètres parfois. Les RUIS nous soutiennent en télésanté, et plus particulièrement au niveau de la télépsychiatrie, service on ne peut plus pertinent pour notre région éloignée et isolée.

De nettes améliorations au niveau de la saisie de données sur le programme I-CLSC sont perçues en 2006-2007. Les données concernant le nombre d'usagers semblent de plus en plus refléter la réalité.

En lien avec l'indicateur 1.8.5 sur les services en soutien d'intensité variable, il est essentiel de mentionner ici l'apport important dans la prestation de service à la population de l'organisme communautaire Corporation Le Zéphir, organisme voué à la santé mentale. Cet organisme offre à la population un centre de jour et une unité d'hébergement temporaire comportant six places.

Afin d'atteindre la cible de 2010, dans la mise en œuvre du plan d'action ministériel en santé mentale *La force des liens* et dans le but de fournir des services en conformité avec les orientations et priorités ministérielles et régionales, le CRSSS de la Baie-James répartit une somme de 210 000 $ de l'enveloppe de développement 2006-2007 afin de consolider ou développer des postes de professionnels de la santé et permettant entre autres le soutien d'intensité variable dans la communauté. De ce montant, une somme de 30 000 $ fût allouée à la Corporation Le Zéphir pour améliorer le soutien d'intensité variable dans la communauté.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de deuxième ligne – santé mentale
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.8.3 Nombre d'usagers de moins de 18 ans dont le délai d'accès aux services de 2e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	0	0	0
1.8.4 Nombre d'usagers de 18 ans et plus dont le délai d'accès aux services de 2e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	0	0	0

Commentaires

La région du Nord-du-Québec (10) est dépourvue de spécialistes en psychiatrie à temps complet. Les services offerts sont fournis par des spécialistes itinérants qui effectuent quelques visites annuellement.

Pour des services plus urgents, la clientèle est référée aux régions limitrophes de l'Abitibi-Témiscamingue (08) et du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02).

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : - En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants) - En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants)

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	1.13 pers.	17 pers.	2.77 pers. (9)
1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	0	0	0

Commentaires

Afin d'atteindre la cible de 2010, d'assurer la mise en œuvre du plan d'action ministériel en santé mentale *La force des liens* et dans le but de fournir des services en conformité avec les orientations et priorités ministérielles et régionales, le CRSSS de la Baie-James répartit une somme de 210 000 $ de l'enveloppe de développement 2006-2007 afin de consolider ou développer des postes de professionnels de la santé et permettant entre autre le soutien d'intensité variable dans la communauté. De ce montant, une somme de 30 000 $ fût allouée à la Corporation Le Zéphir, un organisme communautaire en santé mentale, pour améliorer le soutien d'intensité variable dans la communauté, le résultat 2006-2007 passe de 2.77 à 9 lorsqu'on inclut leur prestation de services.

Ces investissements auront un impact sur les statistiques de l'année 2007-2008 car la dotation des postes s'est fait majoritairement en fin d'année 2006-2007.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services d'urgence – santé mentale

Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mental - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins : - 0 % de patient séjournant 48 et plus sur civière à l'urgence

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	S.O.	S.O.	S.O.
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

Sans objet : Délai d'attente faible et prise en charge rapide dans les urgences de la région.

Pour les cas qui nécessitent une prise en charge en psychiatrie, la clientèle est transférée aux régions limitrophes du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02) et de l'Abitibi-Témiscamingue (08). La région du Nord-du-Québec (10) est dépourvue de spécialistes en psychiatrie à temps complet. Les services électifs offerts sont fournis par des spécialistes itinérants qui effectuent quelques visites annuellement.

Nom : Diane Laboisssonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services d'urgence – santé physique

Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs		*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.9.1	Séjour moyen sur civière	S.O.	S.O.	
1.9.2	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	S.O.	S.O.	
1.9.3	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	S.O.	S.O.	
1.9.4	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	S.O.	S.O.	

Commentaires

Nous devons tenir compte de nos particularités nordiques dans la gestion de ce point. Cinq centres de santé couvrent un faible pourcentage de la population québécoise malgré un territoire de desserte immense, d'une superficie de 300 000 kilomètres carrés. La population s'attend à recevoir des services de base en santé et en services sociaux de façon continue. Ces services doivent à la fois être de qualité et répondre aux besoins des communautés établies sur notre territoire.

Le service Info-Santé et Info-Social sert à répondre en première ligne à la clientèle, aide à diminuer le volume de consultation pour des problématiques de base lorsqu'une consultation en établissement n'est pas nécessaire et surtout permet une intervention standardisée régie par un protocole convenu.

Dans notre région, le service de garde médicale est assuré par le médecin de l'urgence. Puisque la distance entre les centres de santé est grande, notre organisation doit maintenir des services disponibles 24 heures par jour avec minimalement un médecin et une infirmière.

Les équipes de base étant restreintes, notre organisation doit faire appel à des médecins dépanneurs afin de combler le manque de disponibilité des équipes en place.

Ainsi, l'éloignement, l'isolement des communautés et notre obligation d'assurer des services continus et d'urgence, obligent l'organisation à maintenir un ratio minimal permanent de personnel. Les équipes minimales requises impliquent que le délai d'attente dans les salles d'urgence est faible et que la prise en charge est rapide.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soins palliatifs

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	15	20	22
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	8.73	10	11.86

Commentaires

Les équipes de base étant restreintes, nous n'offrons pas de services de garde 24/7. La clientèle est référée vers l'urgence en dehors des heures de travail régulières. À brève échéance, le service Info-Santé et Info-Social de la centrale du CSSSS Lac-Saint-Jean-Est supportera nos services à l'extérieur des heures d'ouverture.

Le service de garde médicale est assuré par le médecin de l'urgence. Les infirmières assument une disponibilité volontaire (garde) à tour de rôle au besoin, lors d'un suivi palliatif en phase terminale à domicile. En l'absence de cas palliatifs en phase terminale, il n'y a aucuns soins infirmiers à domicile le soir et la nuit. Les soins palliatifs sont donc offerts au domicile et dans les centres de santé. Il n'y a pas de maison de soins palliatifs dans la région.

L'absence de faisabilité de la mise sur pied d'une équipe 24/7 dans chaque centre de santé explique le faible nombre d'interventions par usager à domicile et, par le fait même, l'utilisation plus élevée des services en hospitalisation. Nos petits milieux font que la consultation en établissement est facilitée pour ces services.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Lutte contre le cancer
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de 4 semaines.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.9.7 Nombre de patients en attente de plus de 4 semaines entre la consultation du radio-oncologue et le début du traitement	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

Puisque les services de radio-oncologie ne sont pas disponibles dans la région du Nord-du-Québec, l'indicateur 1.9.7 est sans objet.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Cardiologie tertiaire
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en hémodynamie.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.9.8 Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie	S.O.	S.O.	S.O.
Catégorie A :	S.O.	S.O.	S.O.
Catégorie B :	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

Aucun service dans la région.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Cardiologie tertiaire

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en chirurgie cardiaque.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.9.9 Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque	S.O.	S.O.	S.O.
Catégorie A :	S.O.	S.O.	S.O.
Catégorie B :	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

Aucun service dans la région.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Cardiologie tertiaire
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en électro-physiologie.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.9.10 Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en électro-physiologie	S.O.	S.O.	S.O.
Catégorie A :	S.O.	S.O.	S.O.
Catégorie B :	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

Aucun service dans la région.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Chirurgie

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateurs		*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.9.11	Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	S.O.	S.O.	S.O.
1.9.12	Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	S.O.	S.O.	S.O.
1.9.13	Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	S.O.	S.O.	S.O.
1.9.14	Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	440	394	0 (448)
1.9.15	Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	161	168	0 (210)
1.9.16	Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie de la hanche	S.O.	S.O.	S.O.
1.9.17	Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie du genou	S.O.	S.O.	S.O.
1.9.18	Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

Dans notre région, le système d'information Filaw n'est pas implanté, pour cette raison, le suivi dans GESTRED ne donne aucune statistique. D'ailleurs aucun système informatisé de gestion du bloc opératoire n'est disponible actuellement au Centre de santé de Chibougamau. La comptabilisation des chirurgies se fait à la main et nous vous présentons les résultats manuels entre parenthèses.

Il n'y a aucun service de chirurgie en orthopédie ou de la cataracte dans la région.

Jusqu'à présent, les services sont rarement compromis et permettent une prise en charge continue de la clientèle. Les délais d'attente, lorsqu'il y a lieu, sont considérés raisonnables au niveau des chirurgies.

Il y a un écart au niveau des données Med-Écho comparativement à celles fournies par notre organisation. D'une part, dans les résultats de Med-Écho, tous les actes de chirurgie ne sont pas nécessairement retenus à des fins d'indicateurs. Habituellement, les actes qui sont faits majoritairement hors bloc au Québec ne sont pas retenus. Certains actes sont comptabilisés en médecine dans Med-Écho alors que nous les comptabilisons en chirurgie. D'autre part, Med-Écho comptabilise par hospitalisation et une hospitalisation peut impliquer plus d'une chirurgie ou plus d'un acte.

En lien avec l'instauration progressive et préconisée par le ministre de la Santé et des Services sociaux d'un mécanisme d'accès aux services spécialisés et afin de soutenir la gestion de l'accès et le développement d'outils de suivi, le CRSSS de la Baie-James est à mettre en place le système d'information destiné à produire une information de qualité pour le suivi de l'accès aux services spécialisés. De plus, cette démarche vise à établir une reddition de comptes basée sur des indicateurs fiables et comparables, avec des cibles d'accès clairement établies. Les étapes à venir sont celles ayant trait au financement.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Promotion et prévention – jeunes et familles
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.10 Proportion de femmes ayant accouché dans l'année rejointes par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance	60 % $^{23}/_{38}$	70 % $^{26}/_{37}$	37.8 % $^{14}/_{37}$ (95 % $^{20}/_{21}$)

Commentaires

Les résultats inscrits dans GESTRED diffèrent du résultat réellement observé (inscrit entre parenthèses). Ceci est dû au fait que dans GESTRED, le dominateur est basé sur le *Fichier des naissances provincial 2004* alors que nous utilisons le *Registre de naissances régional 2006-2007*. De plus, nous incluons les femmes de Valcanton et Villebois qui sont desservies par la région de l'Abitibi-Témiscamingue selon une entente de service puisque ces femmes font partie de notre population.

Notre résultat a été constitué de la façon suivante :

Volet Familles vivant en contexte de pauvreté :

Le nombre de femmes de 20 ans et plus pour la région du Nord-du-Québec est effectivement de 16 comme mentionné dans le tableau récemment transmis par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Par contre, trois d'entre elles sont suivies ou ont été suivies dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à leur premier enfant. Dans le contexte où le programme stipule que nous effectuons le suivi seulement au premier enfant, notre dénominateur est de 13 femmes de 20 ans et plus. Donc, nous avons rejoint 12 femmes sur une possibilité de 13 (92 %).

Volet Soutien aux jeunes parents :

Nous avons rejoint 8 femmes sur une possibilité de 8 (100 %).

Notre résultat 2006-2007 se calcule donc ainsi :

12/13 + 8/8 = 20/21 ou 95 %

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Gestion des bâtiments et des équipements
Objectifs de résultats	Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction du taux de dépenses en administration et en soutien aux services et la réduction de la consommation d'énergie.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
2.1.1 Taux des dépenses en administration et en soutien aux services			
2.2.1 Consommation en giga joules par mètre carré	1,85		1,73

Commentaires

Le Ministère et le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James ont convenu, à l'instar des autres régions, que la cible visée pour l'ensemble du réseau de la santé en termes de réduction de l'énergie utilisée serait de 14 %, ou 0,31 GJ/m^2. Pour y arriver, notre établissement, en collaboration avec Hydro-Québec, a convenu d'effectuer une étude afin de déterminer les réductions potentielles d'énergie. Cette étude a été complétée en juin 2006 et le rapport a été rendu disponible en septembre 2006.

L'étude déposée par les ingénieurs à l'établissement et au ministère définit une possibilité d'économie de l'ordre de 11 % au moins dans une installation. Par contre, la réalisation de travaux reliés au maintien des actifs immobilisés nous laisse croire à la possibilité d'atteindre la cible de 2010 fixée par le ministère.

Nom : Diane Laboissonnière	**Date :** 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Équilibre budgétaire

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
Résultat d'exploitation par établissement :	<162956 $>	<168 387 $ >	<166 643 $> (1)
- CSSS 1			
- CSSS 2			
- CSSS 3			
- CSSS 4			
- CSSS 5			
Total régional			

Commentaires

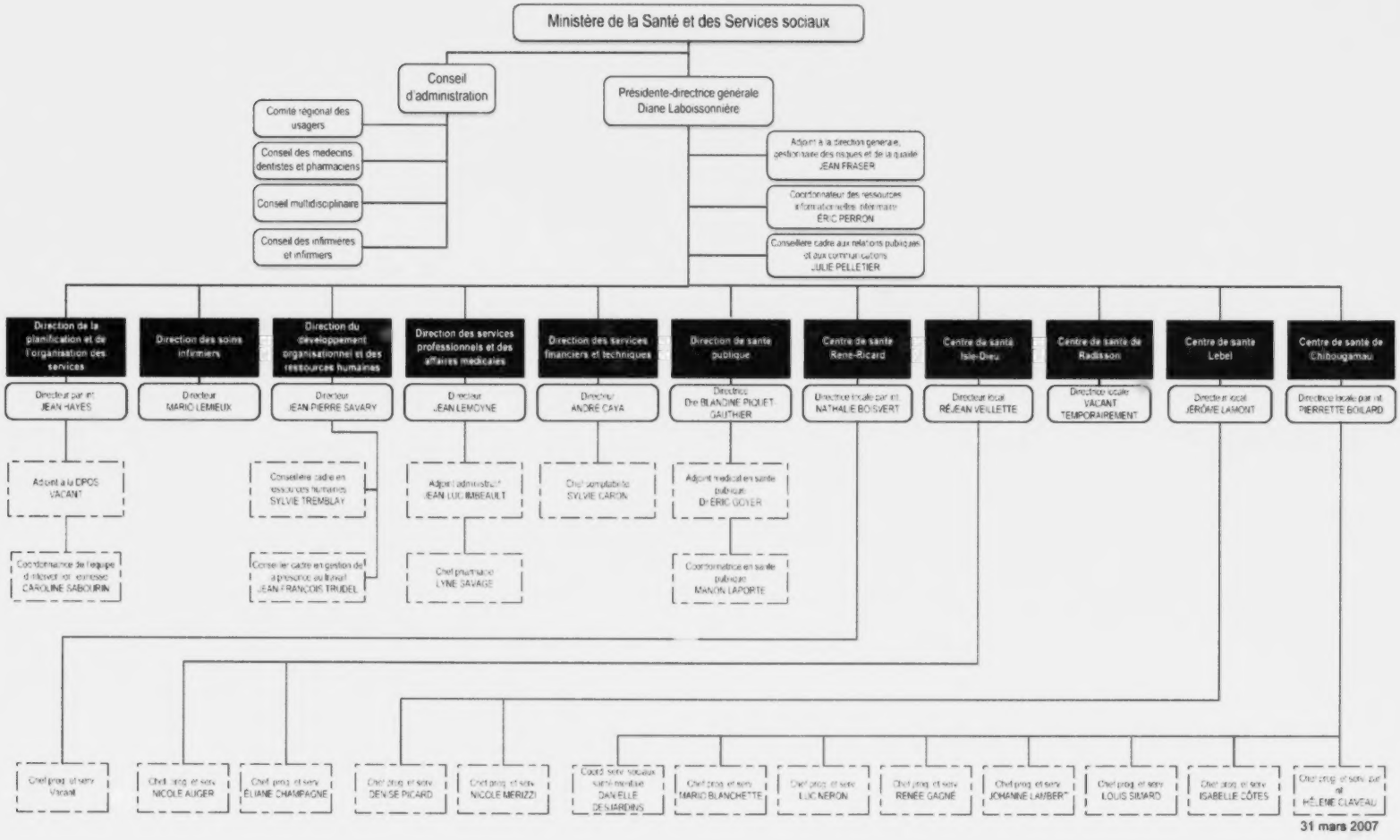
(1) Sous réserve de toute modification pouvant résulter des analyses des états financiers par le vérificateur externe et le ministère de la Santé et des Services sociaux

Nom : Diane Laboissonnière	Date : 30 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Organigramme du CRSSS de la Baie-James au 31 mars 2007

Annexe 2


Ministère de la Santé et des Services sociaux
Conseil d'administration
Présidente-directrice générale
Diane Laboissonnière
Comité régional des usagers
Conseil des médecins dentistes et pharmaciens
Conseil multidisciplinaire
Conseil des infirmières et infirmiers
Adjoint à la direction générale, gestionnaire des risques et de la qualité
JEAN FRASER
Coordonnateur des ressources informationnelles réformant
ÉRIC PERRON
Conseillère cadre aux relations publiques et aux communications
JULIE PELLETIER
Direction de la planification et de l'organisation des services
Direction des soins infirmiers
Direction du développement organisationnel et des ressources humaines
Direction des services professionnels et des affaires médicales
Direction des services financiers et techniques
Direction de santé publique
Centre de santé Rene-Ricard
Centre de santé Isle-Dieu
Centre de santé de Radisson
Centre de santé Lebel
Centre de santé de Chibougamau
Directeur par int.
JEAN HAYES
Directeur
MARIO LEMIEUX
Directeur
JEAN-PIERRE SAVARY
Directeur
JEAN LEMOYNE
Directeur
ANDRÉ CAYA
Directrice
Dre BLANCINE PIQUET-GAUTHIER
Directrice locale par int.
NATHALIE BOISVERT
Directeur local
RÉJEAN VEILLETTE
Directrice locale
VACANT
TEMPORAIREMENT
Directeur local
JÉRÔME LAMONT
Directrice locale par int.
PIERRETTE BOILARD
Adjoint à la DPOS
VACANT
Conseillère cadre en ressources humaines
SYLVIE TREMBLAY
Adjoint administratif
JEAN LUC MABEAULT
Chef comptable
SYLVIE CARON
Adjoint médical en santé publique
Dr ÉRIC GOYER
Coordonnateur de l'équipe d'intervention précoce
CAROLINE SABOURIN
Conseiller cadre en gestion de la présence au travail
JEAN-FRANÇOIS TRUDEL
Chef pharmacie
LYNE SAVAGE
Coordonnatrice en santé publique
MANON LAPORTE
Chef prog. et serv.
Vacant
Chef prog. et serv.
NICOLE AUGER
Chef prog. et serv.
ÉLIANE CHAMPAGNE
Chef prog. et serv.
DENISE PICARD
Chef prog. et serv.
NICOLE MERIZZI
Coord. serv. sociaux santé mentale
DANIELLE DESJARDINS
Chef prog. et serv.
MARIO BLANCHETTE
Chef prog. et serv.
LUC NERON
Chef prog. et serv.
RENÉE GAGNÉ
Chef prog. et serv.
JOHANNE LAMBERT
Chef prog. et serv.
LOUIS SIMARD
Chef prog. et serv.
ISABELLE CÔTÉ
Chef prog. et serv. par int.
HÉLÈNE CLAVEAU

31 mars 2007

Annexe 3

Aux membres du conseil d'administration du
CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES

J'ai vérifié les états financiers, renseignements complémentaires, données et annexes énumérés à la table des matières du rapport financier annuel du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie James de l'exercice terminé le 31 mars 2007, lequel a été présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en conformité avec l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. La responsabilité de ce rapport financier annuel incombe à la direction de l'Établissement. Ma responsabilité consiste, en me fondant sur ma vérification, à exprimer une opinion sur ce rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux.

Ma vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que le rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux sont exempts d'inexactitudes importantes, d'omissions et de lacunes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans le rapport financier annuel. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble du rapport financier annuel.

À mon avis:

- l'Établissement s'est conformé aux dispositions de la Loi susmentionnée et aux Règlements s'y rapportant dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses charges ou son volume de services ou d'activités, à l'exception du commentaire numéro 1 mentionné à l'annexe au rapport du vérificateur, page 121.00;

- l'Établissement s'est conformé aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;

- les pratiques comptables de l'Établissement sont conformes aux normes et définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux;

- les unités de mesure utilisées par l'Établissement sont conformes aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'exception du commentaire numéro 2 mentionné à l'annexe au rapport du vérificateur, page 121.00;

- les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives suivies par l'Établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport annuel, sont valables;

- les procédures de contrôle interne relatives aux données financières suivies par l'Établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport annuel, sont valables;

l'Établissement s'est conformé aux directives administratives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'exception du commentaire numéro 1 mentionné à l'annexe au rapport du vérificateur, page 121.00;

Le rapport financier annuel donne, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de l'Établissement au 31 mars 2007, ainsi que ses revenus et ses charges, de l'évolution de sa situation financière et des données financières et quantitatives de ses centres d'activités pour l'exercice terminé à cette date conformément aux normes et aux pratiques comptables reconnues dans les établissements relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le rapport financier annuel, qui n'a pas été établi, et qui n'avait pas à être établi, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, est fourni uniquement à titre d'information et pour être utilisé par les administrateurs de l'Établissement ainsi que par le ministère de la Santé et des Services sociaux, afin de satisfaire à l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le rapport financier annuel n'est pas destiné à être utilisé, et ne doit pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles il a été établi.

Nom de l'associé responsable: André Biron, CA

Nom du vérificateur: ANDRÉ BIRON, COMPTABLE AGRÉÉ
552, 3ième Rue, bureau 203
Chibougamau, Québec
G8P 1N9

Téléphone: 418-748 2684

Télécopieur: 418-748-7391

André Biron, c.a.
ANDRÉ BIRON, COMPTABLE AGRÉÉ

Le 11 juin 2007

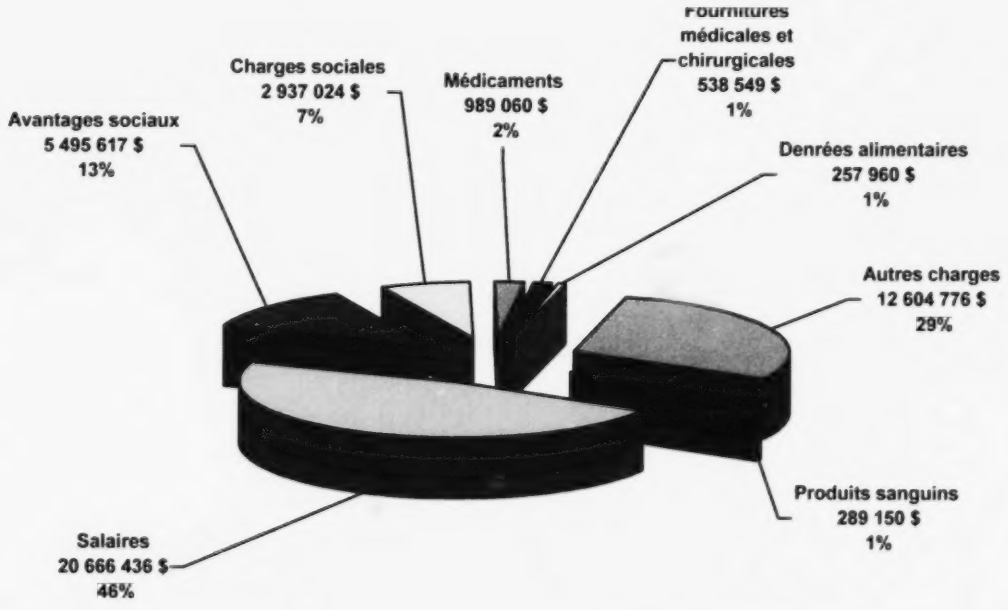
NUMERO DU COMMENTAIRE	COMMENTAIRES
1	Des garanties de travail ont été versées au personnel infirmier pour un montant de 1 025$. De plus, du temps supplémentaire a été payé à certains cadres pour un montant de 7 407$, en rapport avec les mesures d'urgence. Ces montants n'ont pas été comptabilisés dans les charges extraordinaires.
2	Certaines unités de mesure n'étaient pas disponibles et/ou non compilées correctement pour fins de vérification.

Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
État des résultats – Activités principales
Pour l'exercice terminé le 31 mars 2007

Revenus	Exercice courant	Exercice précédent
Agence ou Ministère	41 700 842 $	36 824 728 $
Revenus des usagers	853 775 $	1 067 193 $
Ventes de services	294 020 $	221 726 $
Recouvrements	372 167 $	347 519 $
Revenus d'autres sources	391 102 $	167 630 $
Total des revenus	**43 611 906 $**	**38 628 796 $**

Charges	Exercice courant	Exercice précédent
Salaires	20 666 436 $	19 606 077 $
Avantages sociaux	5 495 617 $	4 995 474 $
Charges sociales	2 937 024 $	2 712 855 $
Médicaments	989 060 $	820 044 $
Produits sanguins	289 150 $	402 339 $
Fournitures médicales et chirurgicales	538 549 $	464 685 $
Denrées alimentaires	257 960 $	240 858 $
Autres	12 604 776 $	9 549 420 $
Total des charges	**43 778 572 $**	**38 791 752 $**
Excédent des charges sur les revenus	**<166 666> $**	**<162 956> $**

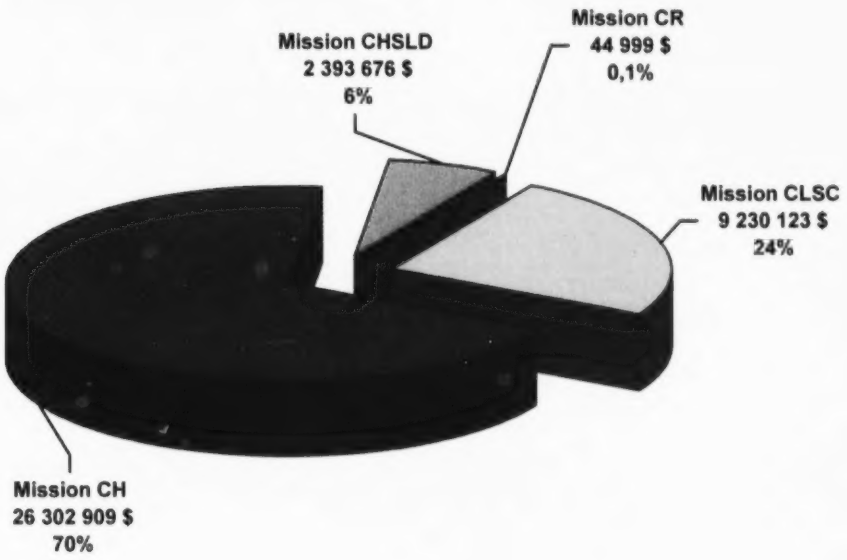
Répartition des charges par nature : 43 778 572 $



Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
Répartition des charges par programmes ou services
Pour l'exercice terminé le 31 mars 2007

Programmes et services	Exercice courant	Exercice précédent
Mission C.L.S.C.		
Programme - Santé physique	367 997 $	385 380 $
Programme - Santé publique	900 869 $	528 040 $
Programme - Enfance, jeunesse, famille	667 766 $	504 585 $
Programme - Dépendances	337 077 $	277 150$
Programme - Personnes âgées en perte d'autonomie	187 374 $	32 521 $
Programme - Services à domicile	1 837 500 $	1 779 008 $
Programme - Autres programmes	1 221 638 $	1 135 890 $
Programme - Déficience physique	62 019 $	71 609 $
Programme - Déficience intellectuelle	269 123 $	251 637 $
Programme - Santé mentale	677 852 $	433 021 $
Programme - Activités cliniques et d'aide	1 912 351 $	1 702 195 $
Administration et soutien aux services	486 155 $	586 473 $
Gestion des bâtiments et des équipements	302 402 $	297 908 $
Charges attribuables à la mission C.L.S.C.	**9 230 123 $**	**7 985 417 $**
Mission C.H.		
Programme - Santé physique	10 978 913 $	10 781 464 $
Programme - Autres programmes	4 004 365 $	3 575 930 $
Programme - Santé publique	0 $	10 998 $
Programme - Services de soutien à domicile	0 $	59 990 $
Programme - Activités cliniques et d'aide	75 021 $	88 911 $
Programme - Perte d'autonomie liée au vieillissement	34 501 $	73 990 $
Programme - Santé mentale	17 688$	74 112 $
Programme - Dépendances	4 934 $	3 275 $
Mesures de sécurité et stabilité d'emploi	118 027 $	143 641 $
Administration et soutien aux services	7 778 813 $	7 916 853 $
Gestion des bâtiments et des équipements	3 290 647 $	2 935 830 $
Charges attribuables à la mission C.H.	**26 302 909 $**	**25 664 994 $**
Mission C.H.S.L.D.		
Soins infirmiers et soins d'assistance – usagers hébergés	2 148 907$	1 940 427 $
Services diagnostiques et thérapeutiques	244 769$	255 250 $
Charges attribuables à la mission C.H.S.L.D.	**2 393 676 $**	**2 195 677 $**
Mission C.R.		
Ressources intermédiaires de type familial et autres ressources	44 999 $	25 792 $
Soutien à la personne et à la communauté (déficience intellectuelle)	0 $	0 $
Charges attribuables à la mission C.R.	**44 999 $**	**25 792 $**

Répartition des charges par programmes ou services



Suivi de certaines charges

Charges	Réel 2005-2006	Réel 2006-2007	Variation
Assurance salaire	728 654 $	831 118 $	102 464 $
Aide à domicile (6530)	666 593 $	659 156 $	< 7 437 $ >
Transport des bénéficiaires (7400)	2 073 517 $	1 872 342 $	< 201 175 $ >
Médicaments	820 044 $	989 060 $	169 016 $
Total	**4 288 808 $**	**4 351 676 $**	**62 868 $**

Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
Bilan du fonds d'exploitation
au 31 mars 2007

Actif	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF À COURT TERME		
Encaisse	4 738 923 $	784 297 $
Débiteur - Agence et Ministère	1 064 954 $	1 900 598 $
Autres débiteurs	867 914 $	1 029 711 $
Charges payées d'avance	330 567 $	385 165 $
Stocks	394 188 $	329 239 $
Créances interfonds : Fonds d'immobilisation	0 $	24 006 $
Total de l'actif à court terme	**7 396 546 $**	**4 453 926 $**
Autres éléments d'actif	107 210 $	84 835 $
Total de l'actif	**7 503 756 $**	**4 538 761 $**

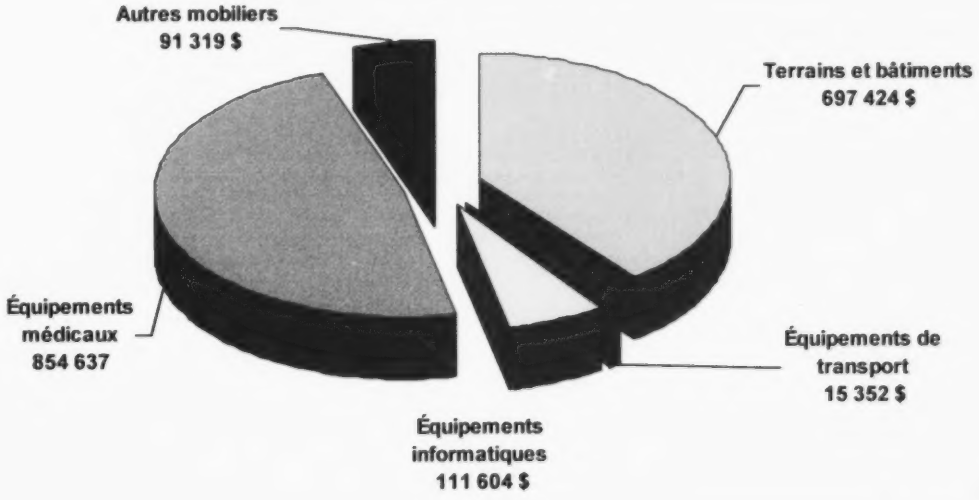
Passif et solde de fonds	Exercice Courant	Exercice précédent
PASSIF À COURT TERME		
Autres Créditeurs	4 482 004 $	3 037 195 $
Dettes interfonds : Fonds d'immobilisation	3 601 $	0 $
Revenus reportés	4 225 689 $	2 577 500 $
Total du passif à court terme	**8 711 294 $**	**5 614 695 $**
Autres éléments du passif	191 379 $	156 317 $
Total du passif	**8 902 673 $**	**5 771 012 $**
Solde de fonds	**< 1 398 917 > $**	**< 1 232 251 > $**
Total du passif et du solde de fonds	**7 503 756 $**	**4 538 761 $**

Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
Bilan du fonds d'immobilisations
au 31 mars 2007

Actif	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF À COURT TERME		
Encaisse	648 212 $	540 036 $
Débiteur - Agence et Ministère	97 014 $	133 316 $
Autres débiteurs	71 327 $	499 518 $
Créances interfonds : Fonds d'exploitation	3 601 $	0 $
Total de l'actif à court terme	**820 154 $**	**1 172 870 $**
Immobilisations	43 581 571 $	42 079 383 $
Total de l'actif	**44 401 725 $**	**43 252 253 $**

Passif et solde de fonds	Exercice Courant	Exercice précédent
PASSIF À COURT TERME		
Autres créditeurs	20 862 $	173 318 $
Dettes interfonds : Fonds d'exploitation	0 $	24 056 $
Fraction à moins d'un an de la dette à long terme	0 $	0 $
Autres éléments	0 $	0 $
Total du passif à court terme	**20 862 $**	**197 374 $**
PASSIF À LONG TERME		
Financement temporaire – Enveloppes décentralisées	3 940 804 $	2 208 333 $
Obligations et autres éléments	15 521 471 $	16 613 696 $
Total du passif à long terme	**19 462 275 $**	**18 822 029 $**
Total du passif	**19 483 137 $**	**19 019 403 $**
Solde de fonds	24 918 588 $	24 232 850 $
Total du passif et du solde de fonds	**44 401 725 $**	**43 252 253 $**

Fonds immobilisations - Acquisitions de l'année : 1 770 336 $



Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration

Annexe 4

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le *Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration* a été adopté par les membres du conseil le 7 décembre 1999. Comme le prévoit la *Loi sur le ministère exécutif* (art. 3.0.4), vous trouverez une copie de ce code aux pages suivantes du présent rapport. Au cours de l'année 2006-2007, aucun cas de manquement des membres du conseil n'a été constaté ni traité.

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

DU
CONSEIL D'ADMINISTRATION

DU
CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION
Le 7 décembre 1999

DÉCLARATION DE PRINCIPE

Attendu que les administrateurs doivent voir à identifier les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de sa région, des particularités socio-culturelles et linguistiques de cette population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région et d'élaborer des orientations à cet égard ;

Attendu que l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité et de la crédibilité et de la confidentialité ;

Les administrateurs du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James s'engagent à respecter les principes suivants dans le processus de décisions auquel elles et ils seront appelés à participer :

- **priorisation des intérêts de la population à desservir ;**
- **distribution équitable des ressources de la région.**

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacun des articles du présent Code d'éthique et de déontologie applicable à chacun des membres du conseil d'administration du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

1. Devoirs et obligations

1.1 Le membre s'engage à agir avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne de bonne foi, raisonnable, avec honnêteté et loyauté.

1.2 Le membre s'engage à agir de façon courtoise et à maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.

1.3 Le membre s'engage à aborder ses décisions en fonction de leurs implications sur la qualité et l'accessibilité des services ; il tient donc compte de l'ensemble des conséquences que peut avoir son administration sur le service à donner au public et sur le bon usage des fonds publics.

1.4 Le membre s'engage à assister aux assemblées du conseil d'administration.

1.5 Le membre s'engage, dans le processus décisionnel, à prendre connaissance de tous les éléments de la question, à demander des informations complémentaires et des éclaircissements au besoin ; il se prononce alors de la manière la plus objective possible.

1.6 Le membre s'engage à agir avec respect et dignité dans la manifestation publique de ses opinions.

1.7 Le membre s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus dans l'exercice de sa fonction ; à ce chapitre, il devra s'abstenir de toute fuite ou confidence lorsque le conseil aura décidé de les maintenir à huis-clos.

1.8 Le membre s'engage à s'acquitter de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.

1.9 Le membre s'engage à éviter toute partisannerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

2. Règles relatives aux conflits d'intérêts

2.1 Le membre doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

2.2 Le membre doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions sauf les situations acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration.

2.3 Le membre ne doit pas rechercher, pour lui ou son entourage, des avantages personnels dans l'exercice de ses fonctions.

2.4 Le membre reconnaît que le fait d'être un administrateur du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit.

2.5 Le membre reconnaît que le fait d'être un administrateur du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James ne lui donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont il est investi dans le cadre d'une assemblée du conseil dûment convoquée ou qu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil.

2.6 Le membre doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et conséquemment s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne.

3. Déclaration d'intérêts

3.1 Le membre s'engage à respecter les dispositions de l'article 154 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux dans les situations où il a un intérêt pécuniaire dans une entreprise, à savoir :

Article 154

Tout membre d'un conseil d'administration, autre qu'un directeur général, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Le fait pour un membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article, ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale.

3.2 Le membre doit déposer devant le conseil une déclaration d'intérêts écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

4. Règles relatives aux assemblées

4.1 Le membre s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions ; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

4.2 Le membre doit respecter les droits et privilèges des autres administrateurs.

4.3 Le membre doit respecter l'intégrité et la bonne foi de ses collègues ; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis-clos pour ce faire.

4.4 Le membre, dans le cadre d'une assemblée, évite d'afficher sa position par des signes extérieurs ; il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

4.5 Le membre a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal ; par cette inscription, le membre annonce qu'il se réserve la possibilité d'intervenir publiquement sur une décision prise.

4.6 Le membre évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation du Centre régional

de santé et de services sociaux de la Baie-James et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

5. Interdiction des pratiques reliées à la rémunération

5.1 Le membre ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

5.2 Le membre ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

5.3 Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi.

5.4 Le membre qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

6. Devoirs et obligations de l'après-mandat

6.1 Le membre doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit qui ne sont pas d'ordre public et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.

6.2 Le membre du conseil d'administration doit témoigner du respect envers le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James et son conseil d'administration.

7. Mécanisme d'application du code

7.1 Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie, en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.

7.2 Le président ou le vice-président en saisit le Comité d'éthique et de déontologie qui doit alors se réunir, au plus tard, dans les trente jours suivants.

Tout membre du comité peut aussi, de sa propre initiative, saisir le Comité d'éthique de toute situation de comportement irrégulier d'un administrateur.

7.3 Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa

compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation ; il est entendu que la confidentialité doit être compatible avec l'équité procédurale.

7.4 Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable, cette personne a le droit d'être entendue, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'elle juge pertinent.

7.5 Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de mesure à prendre. Ce rapport est confidentiel.

7.6 Le conseil d'administration se réunit à huis-clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision mais il peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

7.7 Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, différentes mesures peuvent être prises (le rappel à l'ordre, le blâme, la réprimande, la suspension, le recours en déchéance de charge, etc.). L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

8. Enquête et immunité

8.1 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.

8.2 Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues à la confidentialité.

9. Publicité du code

9.1 Le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande.

ENGAGEMENT PERSONNEL

Je, _____,

membre du conseil d'administration,

ai pris connaissance du
Code d'éthique et de déontologie
applicable aux membres du conseil d'administration
du Centre régional de santé et de services sociaux
de la Baie-James.

Je déclare en comprendre le sens et la portée.

_____

Signature

_____

Date

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

d'un membre du conseil d'administration
autre que le directeur général

Je, _____, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James ou qui sont susceptibles d'en faire.

_____

_____

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James ou qui est susceptible de le devenir.

_____

_____

3. J'occupe les emplois suivants :

Emploi ***Employeur***

_____

_____

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts est débattue.

_____

Prénom et nom

Date

DEUXIÈME PARTIE

Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services

2006-2007

CENTRE RÉGIONAL
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES

Auteure : Chantal LeBlanc

Adopté au conseil d'administration
Le 6 septembre 2007

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX 130

MOT DE LA COMMISSAIRE RÉGIONALE ET LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES 131

section 1

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DES USAGERS 132
Régime d'examen des plaintes 132
Promotion du régime d'examen des plaintes 133
Comité régional des usagers 133
Comité régional de vigilance et de la qualité 134
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Nord-du-Québec (Jamésie) (CAAP) 134

section 2

INTRODUCTION 135
Schéma 1 (étapes succinctes du cheminement d'une plainte au CRSSSBJ) 136
Bilan des plaintes examinées par le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James en 2006-2007 137

Mission d'agence (niveau régional)
Bilan des plaintes régionales 137
Instances concernées 138
Mode de dépôt et auteur des plaintes conclues 138
Délais de traitement des plaintes conclues 139
Répartition des objets des plaintes et leur suivi 139
Mesures correctives 140
Mission établissement (niveau local)
Bilan des plaintes locales 142
Répartition des plaintes en traitement par mission 143
Mode de dépôt et auteur des plaintes conclues 143
Délais de traitement des plaintes conclues 144
Répartition des objets des plaintes et leur suivi 145
Mesures correctives 145
Bilan des demandes d'intervention, d'assistance et d'information au Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James en 2006-2007 148

section 3

Conclusion 149
ANNEXE I – DÉFINITION DES OBJETS DE PLAINTES 150
ANNEXE II – DÉFINITION DES MESURES CORRECTIVES 151

LISTE DES TABLEAUX

Mission agence (niveau régional)

Tableau 1 ....Bilan des plaintes régionales 137
Tableau 2 ....Les instances concernées 138
Tableau 3 ....Mode de dépôt des plaintes conclues 138
Tableau 4 ....Auteur de la plainte et nature de l'intérêt 138
Tableau 5 ....Délais de traitement 139
Tableau 6 ....Objets de plaintes des dossiers conclus selon leur niveau de traitement 139
Tableau 7 ....Objets de plaintes et mesures correctives 141

Mission établissement (niveau local)

Tableau 8 ....Bilan des plaintes locales 142
Tableau 9 ....Les instances concernées 143
Tableau 10 ..Mode de dépôt des plaintes conclues 143
Tableau 11 ..Auteur de la plainte et nature de l'intérêt 144
Tableau 12 ..Délais de traitement 144
Tableau 13 ..Objets de plaintes des dossiers conclus selon leur niveau de traitement 145
Tableau 14 ..Objets de plaintes et mesures correctives - commissaire aux plaintes et à la qualité des services 146
Tableau 15 ..Objets de plaintes et mesures correctives - médecin examinateur 147

MOT DE LA COMMISSAIRE RÉGIONALE ET LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Madame,
Monsieur,

À l'automne 2006, le conseil d'administration du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James procédait à ma nomination à titre de commissaire régionale et locale aux plaintes et à la qualité des services. Je tiens à cet égard à lui exprimer ma reconnaissance quant à la confiance qu'il m'a témoignée en m'accordant ce mandat.

C'est avec grand plaisir que j'ai accepté le défi que représentait pour moi cette nomination. Après plus de vingt-cinq ans dans le domaine juridique, ce changement d'orientation professionnelle constituait sans contredit une décision d'importance. J'ose espérer que mon expérience passée saura m'aider à accomplir ma nouvelle tâche. Je me permets, par ailleurs, de vous rassurer, mon objectif n'est pas de judiciariser la fonction de commissaire. En effet, le régime d'examen des plaintes se doit d'être un outil simple et accessible mis à la disposition des usagers en vue d'assurer le respect de leurs droits. Au-delà de l'examen objectif de la plainte, mon rôle sera d'assister, informer et guider l'usager tout au long du processus.

Avant de poursuivre la présentation du présent rapport, j'aimerais, par ailleurs, souligner l'excellente collaboration reçue au cours de l'année de l'ensemble du personnel de l'établissement et, plus particulièrement de madame Diane Laboissonnière, présidente-directrice générale et du docteur Gilbert Lemay, médecin examinateur, et les en remercie. Ayant occupé la fonction de commissaire à la qualité des services pendant plusieurs années, madame Laboissonnière a su me prêter main-forte et m'apporter généreusement l'aide et le soutien nécessaires à l'exécution de ma tâche.

Je tiens en outre à remercier les usagers qui, malgré les inconvénients subis, ont su comprendre les contraintes auxquelles j'étais confrontée suite à ma nomination et qui ont bien voulu m'accorder le temps nécessaire pour le traitement de leurs plaintes qui s'étaient, avouons-le, accumulées au cours des mois précédents.

Il y a lieu finalement de reconnaître la contribution importante des usagers qui, par l'expression de leurs insatisfactions, contribuent à leur manière à l'amélioration continue de la qualité des services.

Le présent rapport annuel sur le régime d'examen des plaintes en matière de santé et de services sociaux et sur l'amélioration continue de la qualité des services dans la région Nord-du-Québec témoigne des efforts constants de l'organisation à assurer la promotion des droits des usagers et leur satisfaction à l'égard des services qu'ils reçoivent ou devraient recevoir ainsi qu'aux actions entreprises en vue de l'amélioration de la qualité des services.

La Commissaire régionale et locale aux plaintes et à la qualité des services,

Chantal LeBlanc

SECTION 1

Amélioration de la qualité des services et de la satisfaction des usagers

Le traitement des plaintes et l'application des mesures correctives en découlant constituent des moyens privilégiés pour faire respecter les droits des usagers, pour augmenter la satisfaction de ceux-ci et pour améliorer en conséquence la qualité des services offerts.

Cependant, l'examen des plaintes ne constitue pas la seule activité préconisée en matière d'amélioration de la qualité. Diverses activités d'amélioration de la qualité ont été réalisées ou sont en voie de l'être au sein du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

Outre un rappel des principales modifications législatives qui ont été apportées au régime d'examen des plaintes au cours du présent exercice, nous ferons état ci-après de certaines actions en cours visant l'instauration d'une dynamique d'amélioration continue de la qualité des services.

Régime d'examen des plaintes en 2006-2007

L'année 2006-2007 aura été une année de transition en raison des modifications législatives apportées au régime d'examen des plaintes. Aussi, il m'apparaît essentiel de revenir sur certaines des modifications d'importance apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux par l'adoption du projet de loi 83 en novembre 2005 (c. 32 des lois de 2005).

Dans le but d'assurer des services de qualité aux usagers du réseau de la santé et des services sociaux et de le faire dans le respect de leurs droits, ces modifications visent entre autres à optimiser le fonctionnement du régime d'examen des plaintes et la protection des droits des usagers en haussant la crédibilité de la fonction de commissaire aux plaintes et à la qualité des services au sein de l'organisation, par l'instauration du principe de l'exclusivité de fonction et de son lien avec le conseil d'administration.

Concrètement, les modifications les plus significatives apportées à la loi qui permettent d'assurer aux usagers et à la population en général l'impartialité du régime d'examen des plaintes sont les suivantes :

- Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services est nommé par le conseil d'administration, relève de celui-ci et lui est redevable de l'exercice de ses fonctions.

Cette modification s'appuie sur les principes de bonne distance du commissaire par rapport aux opérations de l'établissement et de son indépendance dans l'exercice de ses fonctions et vise à rendre le processus d'examen des plaintes le plus transparent et impartial possible. Libre de tout lien hiérarchique avec un gestionnaire de l'établissement, le commissaire peut ainsi exprimer sans contrainte ses observations et recommandations afin de garantir le respect des droits des usagers et l'amélioration des services.

- Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services exerce de façon exclusive les fonctions prévues à la loi (articles 33 (commissaire local) et 66 (commissaire régional)). Ses fonctions sont centrées sur le respect des droits des usagers, leur satisfaction et sur le bon fonctionnement du régime d'examen des plaintes.

[1] Lignes directrices relatives au comité de vigilance et de la qualité et au commissaire aux plaintes et à la qualité des services, Direction de la Qualité, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 26 mai 2006, p. 3.

Cette modification assure la neutralité de la démarche du commissaire en évitant que celui-ci ne soit placé en situation de conflit d'intérêts. De plus, une place centrale est accordée au traitement des plaintes comme outil d'amélioration de la qualité des services.

- Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services a un pouvoir d'intervention de sa propre initiative sur des faits rapportés et pour des motifs raisonnables.

Cette modification précise, clarifie et renforce les pouvoirs du commissaire et lui permet d'intervenir en dehors du cadre du traitement d'une plainte formelle. Ce pouvoir n'est pas discrétionnaire. Le commissaire doit intervenir à partir d'un élément déclencheur dès qu'il reçoit une information d'une source, identifiée ou non, incluant les employés. Le commissaire devra toutefois au préalable évaluer si les motifs pouvant justifier son intervention sont plausibles, vraisemblables, sérieux et possiblement fondés.

- Le commissaire assume des fonctions précises relativement à l'information sur les droits des usagers, le code d'éthique et la promotion du régime des plaintes.

- Au plan régional, le commissaire traite les plaintes provenant des résidences privées pour personnes âgées.

- Finalement, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services est membre à part entière du comité de vigilance et de la qualité au sein duquel il veille au suivi de ses recommandations et de celles du Protecteur du citoyen et traite plus particulièrement des questions relatives à l'amélioration de la qualité des services.

Ces modifications sont depuis entrées en vigueur en fonction d'un calendrier prévu par la loi, dont l'échéancier était le 1er octobre 2006.

Promotion du régime d'examen des plaintes

Au cours de l'exercice 2006-2007, une campagne de promotion du régime d'examen des plaintes a été entreprise sur l'ensemble du territoire de la région Nord-du-Québec au moyen d'affiches identifiant les recours mis à la disposition des usagers en cas d'insatisfaction de leur part quant aux services reçus ainsi que les noms du commissaire aux plaintes et à la qualité des services et des organismes susceptibles de leur apporter soutien et accompagnement.

Comité régional des usagers

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit la mise sur pied d'un comité des usagers dont le mandat est de faire la promotion des droits des usagers et de les défendre. Ce comité joue un rôle stratégique dans le processus d'information des usagers et s'assure du maintien du cap sur les aspects de l'humanisation des soins de santé et de services sociaux. Il joue également un rôle d'assistance et d'accompagnement des usagers dans le régime des plaintes.

Le 20 septembre 2006, le conseil d'administration a adopté un règlement sur la mise en place et le fonctionnement du comité régional des usagers du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

Le comité régional des usagers permet une représentation de l'ensemble des usagers de toutes les installations de l'établissement desservant la région Nord-du-Québec. Il se substitue à l'ancien comité des usagers du Centre de santé de Chibougamau dont la vocation n'était que locale.

Ce comité formé de cinq personnes doit comprendre deux membres représentant le secteur Est de la région (Chibougamau et Chapais), deux membres représentant le secteur Ouest de la région (Lebel-sur-Quévillon, Matagami et Radisson) et un dernier membre représentant les résidants à l'unité de milieu de vie des centres de santé.

Comité régional de vigilance et de la qualité

Témoignant de l'importance accordée à l'amélioration de la qualité des services et favorisant la participation accrue des usagers au sein des administrateurs des établissements ainsi qu'un meilleur suivi des services à la population, la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit la mise sur pied d'un comité de vigilance et de la qualité.

Ce comité aura une double responsabilité, soit principalement d'assurer le suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen et, en outre, de coordonner l'ensemble des activités des autres instances impliquées dans le processus d'amélioration de la qualité. Ce comité verra ainsi à recevoir et analyser les rapports et recommandations de diverses instances transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers et le traitement de leurs plaintes. Il appréciera par exemple le fonctionnement du comité des usagers, du conseil des médecins et dentistes et pharmaciens, comité de gestion des risques, etc., le fonctionnement du régime d'examen des plaintes, le suivi des rapports d'agrément, le suivi des visites d'appréciation de la qualité des services, etc.

Ce comité verra également à s'assurer de la suffisance des ressources mises à la disposition du commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour faire son travail et assurer l'accessibilité à ses services.

Le conseil d'administration du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James verra à adopter sous peu un règlement en vue de la mise en place et du fonctionnement d'un comité régional de vigilance et de la qualité.

Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes - Nord-du-Québec (Jamésie) (CAAP)

Lorsqu'un usager ou autre prend la décision de porter plainte en matière de santé et de services sociaux, il peut être référé au Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP). Cet organisme offre la possibilité à toute personne voulant porter plainte d'être assistée et accompagnée dans sa démarche. Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services informe tous les usagers qui n'ont pas déjà eu recours à ses services de son existence et de sa mission, qui est

- d'informer l'usager sur ses droits, sur la procédure à suivre ainsi que sur les mécanismes d'examen de la plainte;
- de l'aider à clarifier l'objet de sa plainte, la formulation du contenu ainsi que ses attentes;
- à la demande de l'usager, d'être présent lors des rencontres prévues dans les différentes instances de recours.

SECTION 2

Introduction

Pour notre région, et compte tenu de notre organisation unique au Québec, du fait qu'il n'y ait qu'un établissement intégrant aussi la mission d'agence de santé et de services sociaux, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services joue un rôle de premier plan au sein de notre organisation, tant au niveau local que régional. Il faut également souligner la présence du médecin examinateur qui assume la responsabilité du traitement des plaintes concernant les médecins, dentistes, pharmaciens et résidents.

Vous trouverez au schéma I ci-après, un schéma succinct montrant le cheminement des plaintes.

Compte tenu de notre particularité régionale, nous traitons donc en première instance les plaintes logées à l'endroit des organismes communautaires, des services pré hospitaliers d'urgence, des résidences privées d'hébergement agréées, celles concernant l'organisation des services, ainsi que celles concernant les services d'un établissement, soit les volets de soins de courte et de longue durée, les services communautaires, de réadaptation et les services dispensés par une ressource intermédiaire ou de type familial.

Rappelons que les fonctions qui sont attribuées au Protecteur du citoyen sont l'examen et le traitement en deuxième instance des plaintes examinées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, tout en ayant la possibilité d'intervenir de sa propre initiative pour protéger les clientèles vulnérables.

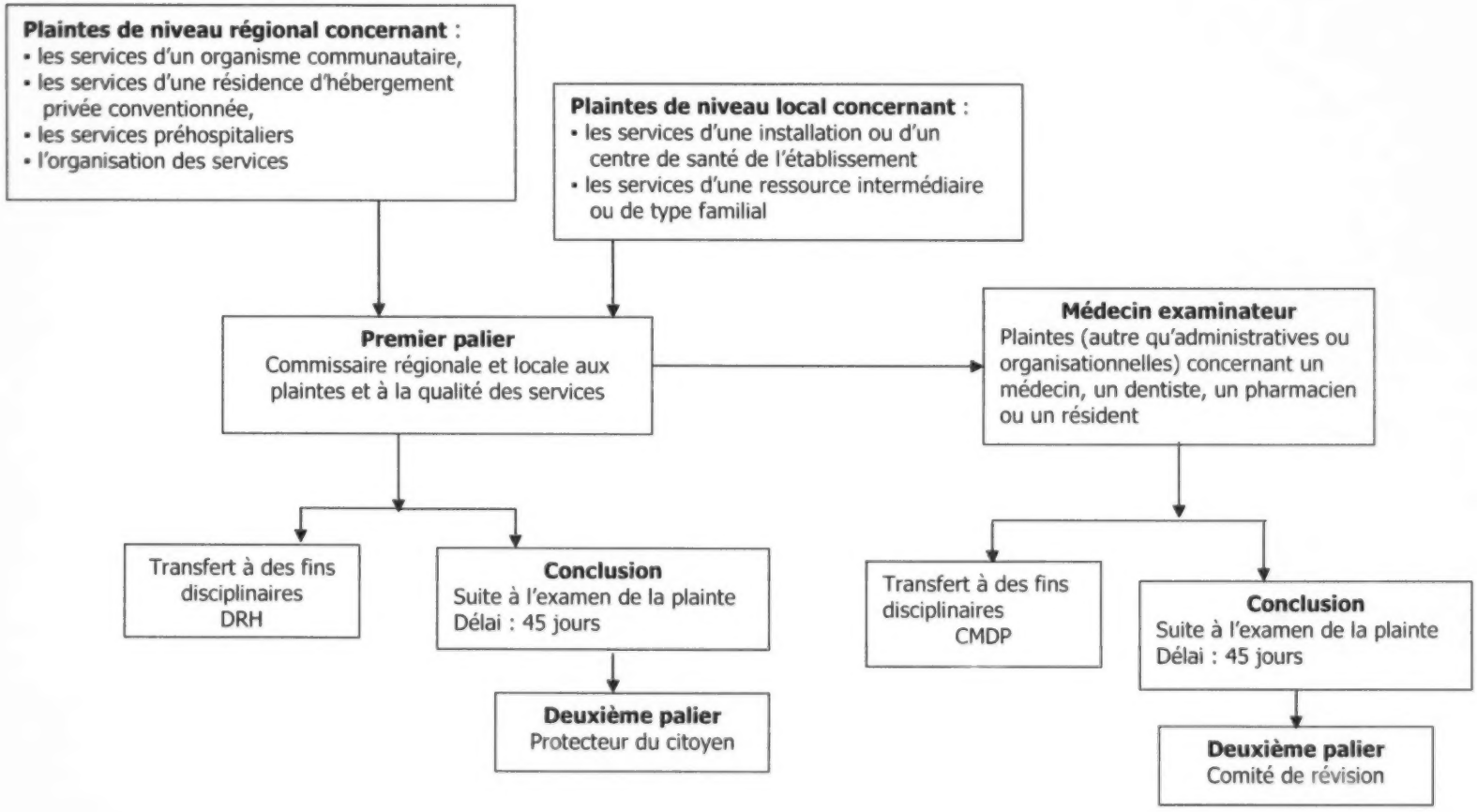
La loi a apporté des clarifications sur qui peut porter plainte et sur les motifs de plaintes. Elle fait en sorte que la commissaire aux plaintes et à la qualité des services devienne le pivot pour l'établissement. C'est à la commissaire que sont adressées les plaintes concernant les médecins, les pharmaciens et les résidents, pour lesquelles il existe maintenant un recours administratif, soit le comité de révision, qui agit comme deuxième palier ou instance, et dont la décision est finale.

Au cours de l'année 2006-2007, le conseil d'administration a adopté un nouveau règlement concernant la procédure d'examen des plaintes de façon à tenir compte des modifications législatives apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ce règlement est entré en vigueur le 23 mars 2007.

SCHÉMA I

LES ÉTAPES SUCCINCTES DU CHEMINEMENT D'UNE PLAINTE AU CRSSS DE LA BAIE-JAMES

Régime d'examen des plaintes des usagers



Bilan des plaintes examinées par le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James en 2006-2007

Le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James est un établissement qui intègre aussi la mission d'agence. La commissaire aux plaintes et à la qualité des services intervient donc à la fois à titre de commissaire régionale et de commissaire locale.

Pour la présentation du bilan des plaintes, les deux missions sont divisées. La première partie contient les données régionales et la deuxième partie, les données locales.

MISSION D'AGENCE (NIVEAU RÉGIONAL)

Bilan des plaintes régionales

Au cours de l'exercice 2006-2007, 2 dossiers de plaintes ont été examinés comparativement à 4 pour l'exercice précédent. De ces 2 dossiers, aucun n'était en voie de traitement en début d'exercice, tous ont été reçus et conclus durant l'exercice.

TABLEAU 1 – Bilan des plaintes

Responsable du traitement de la plainte	Plaintes en voie de traitement au début de l'exercice	Plaintes reçues durant l'exercice	TOTAL	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice	Dossiers transmis au deuxième palier [2]	
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	0	2	**2**	2	**0**	Protecteur du citoyen	1
TOTAL	**0**	**2**	**2**	**2**	**0**	**TOTAL**	**1**

Il est à souligner que, dans un des deux dossiers de plaintes, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services n'a pas été en mesure de communiquer au plaignant ses conclusions dans le délai prévu par la loi et n'a pu obtenir de ce dernier une prolongation du délai de traitement. Dans un tel cas, la commissaire est réputée avoir transmis au plaignant des conclusions négatives le jour de l'expiration de ce délai. Ce défaut donne ouverture à un recours auprès du Protecteur du citoyen.

Le Protecteur du citoyen est présentement à réviser cette dernière plainte concernant un organisme communautaire et dont les objets portent sur :

- les relations interpersonnelles,
- les soins et services dispensés.

Le nombre de plaintes reçues au cours de l'exercice 2006-2007 a légèrement diminué par rapport à celui de l'exercice précédent, passant de 3 à 2.

[2] La donnée statistique est la date de transmission du dossier au deuxième palier et non la date de conclusion du dossier.

LES INSTANCES CONCERNÉES : Le tableau suivant illustre les instances visées par les plaintes.

TABLEAU 2 - Les instances concernées

Instances concernées	Nombre de plaintes conclues
Services préhospitaliers	0
Organismes communautaires / résidences d'hébergement	2
Agence (CRSSSBJ)	0
Total	**2**

Une des plaintes qui a été conclue au cours de l'exercice concernait un organisme communautaire alors que l'autre plainte concernait une résidence privée d'hébergement pour personnes âgées

MODE DE DÉPÔT ET AUTEUR DES PLAINTES CONCLUES : Les tableaux suivants illustrent le mode de dépôt des plaintes ainsi que leur auteur.

TABLEAU 3 – Mode de dépôt des plaintes conclues

Responsable du traitement de la plainte	Plaintes écrites	Plaintes verbales	TOTAL
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	2	0	2

Toutes les plaintes conclues ont été déposées par écrit. Cette façon de procéder n'est toutefois pas obligatoire. Un plaignant est libre d'adresser sa plainte verbalement. Une plainte verbale revêt la même importance qu'une plainte écrite. Cependant, une plainte écrite requiert obligatoirement des conclusions écrites.

TABLEAU 4 –Auteur de la plainte et nature de l'intérêt

Auteur de la plainte et nature de l'intérêt	Nombre de plaintes conclues
Usager lui-même	0
Représentant	2
TOTAL	**2**

Soulignons qu'un représentant est une personne qui agit en lieu et place de l'usager mineur ou de la personne inapte à agir pour elle-même : le titulaire de l'autorité parentale, le tuteur au mineur, le mandataire, le curateur privé, le curateur public, le conjoint ou un proche parent.

Par contre, un assistant est la personne qui assiste et accompagne sur demande l'usager ou le représentant désirant porter plainte. Il peut s'agir d'un parent, d'un proche, d'un organisme communautaire tel qu'un centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP), un comité des usagers, etc.

Dans 1 des 2 dossiers de plaintes conclues, l'auteur de la plainte a été assisté par le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Nord-du-Québec (Jamésie).

Délais de traitement des plaintes

Le tableau suivant indique les délais de traitement calculés de la date de réception de la plainte à la date de transmission de la conclusion finale accompagnée des motifs conduisant à cette conclusion.

TABLEAU 5 – Délais de traitement

Délais de traitement	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
De 2 à 7 jours	0
De 8 à 30 jours	0
De 31 à 45 jours	0
De 46 à 60 jours	1
Plus de 60 jours	1

Les 2 plaintes ont été traitées au-delà du délai légal de 45 jours. Soulignons qu'il est toutefois possible d'obtenir d'un plaignant la prolongation du délai de traitement de sa plainte.

Le délai de plus de 45 jours est lié au fait que différents intervenants étaient impliqués dans le traitement de la plainte.

Quant au délai de plus de 60 jours, il dépend essentiellement de l'incapacité de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services de procéder à l'examen de cette plainte dans le délai légal. Cette incapacité résulte du nombre de plaintes à traiter lors de son entrée en fonction, des contraintes liées à son apprentissage et à sa formation ainsi que d'une disponibilité alors limitée de celle-ci. Depuis la fin de l'exercice 2006-2007, les délais de traitement ont été réduits de façon significative.

Objets des plaintes selon leur niveau de traitement – suivi donné aux plaintes

Une plainte peut comporter plusieurs objets de plaintes. Le tableau suivant illustre la répartition des objets de plaintes selon leur niveau de traitement.

TABLEAU 6 – Objets de plaintes des dossiers conclus selon leur niveau de traitement

Niveau de traitement	Traitement complété					
Catégorie d'objets	Rejeté sur examen sommaire	Abandonné	Traitement refusé/interrompu	Sans mesure corrective identifiée	Avec mesures correctives identifiées	TOTAL
Accessibilité et continuité	0	0	0	0	0	**0**
Soins et services dispensés	0	0	0	1	1	**2**
Relations interpersonnelles	0	0	0	1	0	**1**
Environnement et ressources matérielles	0	0	0	0	1	**1**
Aspect financier	0	0	0	0	0	**0**
Droits particuliers	0	0	0	0	0	**0**
Autres objets	0	0	0	0	0	**0**
TOTAL	**0**	**0**	**0**	**2**	**2**	**4**

Rappelons qu'en raison de l'incapacité de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services de communiquer ses conclusions dans le délai imparti dans l'un des dossiers de plainte, les conclusions de celle-ci sont réputées négatives et ont été considérées aux fins du tableau ci-dessus « sans mesure corrective identifiée ».

Objets de plaintes et nature des mesures correctives

Les mesures correctives identifiées peuvent être appliquées lors du traitement de la plainte ou faire l'objet d'une recommandation. Parfois, un même dossier de plainte peut impliquer à la fois l'application immédiate de certaines mesures correctives et la recommandation de d'autres mesures correctives.

L'identification des mesures correctives se fait par objet de plainte. Il peut y avoir plusieurs mesures correctives pour un même objet.

Le tableau à la page suivante illustre les diverses mesures correctives identifiées selon les objets de plaintes.

Tableau 7 – Objets de plaintes et mesures correctives

OBJETS / Mesures correctives	Accessibilité et continuité	Soins et services dispensés	Relations inter-personnelles	Environnement et ressources matérielles	Aspect financier	Droits particuliers	Autres objets
Information aux intervenants				1			
Formation des intervenants							
Encadrement des intervenants				1			
Amélioration des communications							
Utilisation d'interprètes							
Changement d'intervenant							
Mesures disciplinaires							
Révision							
• code d'éthique							
• procédure d'examen							
• autre procédure							
• politiques et règlements							
• systèmes d'accès							
• organisation des services							
• allocation des ressources							
• mécanismes de communication							
• protocoles cliniques et administratifs							
• autre							
Régulation du processus d'accès							
Relocalisation de l'usager							
Réduction du délai							
Obtention des services		1					
Amélioration de la continuité							
Respect du choix							
Cessation des services							
Adaptation des services							
Ajustements des activités professionnelles							
Adaptation du milieu de vie							
Amélioration des conditions de vie				1			
Ajustements techniques et matériels							
Amélioration des mesures de sécurité et de protection							
Ajustements financiers							
Ajustements administratifs							

Les mesures correctives ont été appliquées depuis. Ces mesures visaient essentiellement une meilleure présentation et conservation de la nourriture, l'assistance d'une diététiste pour la préparation des menus et l'adaptation de ceux-ci en fonction de diètes spéciales.

MISSION ÉTABLISSEMENT (NIVEAU LOCAL)

Bilan des plaintes locales

Au cours de l'exercice 2006-2007, 27 nouvelles plaintes ont été déposées au cours de l'année dont une concernant à la fois la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et le médecin examinateur. Cette plainte a donc été comptabilisée doublement ce qui porte le nombre total de nouvelles plaintes à 28. Dans le tableau suivant, les plaintes sont réparties selon le responsable de leur traitement.

Lorsque le plaignant est insatisfait des conclusions de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du médecin examinateur qui lui ont été transmises ou sont réputées lui avoir été transmises, il peut s'adresser, selon le cas, en deuxième instance au Protecteur du citoyen ou au Comité de révision.

TABLEAU 8 – Bilan des plaintes

Responsable du traitement de la plainte	Plaintes en voie de traitement au début de l'exercice	Plaintes reçues durant l'exercice	TOTAL	Plaintes conclues durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice	Dossiers transmis au deuxième palier [3]	
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	0	21	**21**	19	2	Protecteur du citoyen	1
Médecin examinateur	2	7	**9**	5	4	Comité de révision	0
TOTAL	**2**	**28**	**30**	**24**	**6**	**TOTAL**	**1**

[3] La donnée statistique est la date de transmission du dossier au deuxième palier et non la date de conclusion du dossier.

Des 19 dossiers de plaintes conclus par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services au cours de l'exercice, 1 dossier a été transmis en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen. Ce dossier comportait les objets de plaintes suivants, savoir :

- relations interpersonnelles,
- soins et services dispensés.

Relativement à ce dossier, le Protecteur du citoyen a émis une recommandation à l'effet d'établir une politique claire et écrite concernant l'organisation des services de réparation et d'entretien des fauteuils roulants. Cette politique a été élaborée depuis.

Quant aux dossiers relevant du médecin examinateur, aucun n'a fait l'objet d'une demande de révision auprès du Comité de révision.

Le nombre de plaintes reçues au cours de l'exercice 2006-2007 a légèrement augmenté par rapport à celui de l'exercice précédent, passant de 27 à 28. Alors que le nombre de plaintes relevant du médecin examinateur est demeuré identique, celui des plaintes relevant de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services a augmenté de 1.

Répartition des plaintes en traitement par mission

Notre établissement est un centre de santé et de services sociaux dont les missions hospitalières, d'hébergement, de réadaptation et communautaires sont fusionnées depuis 1996. Afin de répondre aux exigences du présent rapport, les plaintes devraient en principe être réparties par mission. Toutefois, compte tenu que nos services ne correspondent plus à ce type de division, nous prenons donc la liberté de les regrouper en mission de CSSS.

Le tableau suivant illustre à titre indicatif les instances en cause parmi les installations et ressources de notre établissement.

TABLEAU 9 - Les instances en cause

Instances visées ressources/services visés	Nombre total de dossiers de plaintes	Nombre total de dossiers de plaintes conclues
Centre de santé de Chibougamau	20	16
Centre de santé René-Ricard	4	3
Centre de santé Lebel	3	2
Centre de santé Isle-Dieu	2	2
Centre de santé Radisson	1	1
Autres ressources	0	0
TOTAL	**30**	**24**

Mode de dépôt et auteur des plaintes conclues

Les tableaux suivants illustrent le mode de dépôt des plaintes ainsi que leurs auteurs.

TABLEAU 10 – Mode de dépôt des plaintes conclues

Responsable du traitement de la plainte	Plaintes écrites	Plaintes verbales	TOTAL
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	18	1	19
Médecin examinateur	5	0	5
TOTAL	**23**	**1**	**24**

Toutes les plaintes conclues ont été déposées par écrit. Cette façon de procéder n'est toutefois pas obligatoire. Un plaignant est libre d'adresser sa plainte verbalement. Une plainte verbale revêt la même importance qu'une plainte écrite. Cependant, une plainte écrite requiert obligatoirement des conclusions écrites.

TABLEAU 11 – Auteur de la plainte et nature de l'intérêt

Auteur de la plainte et nature de l'intérêt	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	Médecin examinateur	TOTAL
Usager lui-même	18	5	**23**
Représentant légal	1	0	**1**
Tiers (pair, professionnel, employé, intervenant, autre)	0	0	**0**
TOTAL	19	5	**24**

Nous constatons que 23 des 24 plaintes conclues durant l'exercice ont été déposées par l'usager lui-même.

De plus, dans 21 des 24 plaintes conclues, l'usager ou son représentant était assisté et accompagné par le Centre d'assistance et d'accompagnement du Nord-du-Québec (Jamésie).

Délais de traitement des plaintes conclues

Le tableau suivant indique les délais de traitement calculés de la date de réception à la date de la conclusion de la demande.

TABLEAU 12 – Délais de traitement

Délais de traitement	Commissaire à la qualité des services	Médecin examinateur	TOTAL
De 2 à 7 jours	2	0	2
De 8 à 30 jours	0	0	0
De 31 à 45 jours	1	0	1
De 46 à 60 jours	5	2	7
Plus de 60 jours	11	3	14
Aucune conclusion émise	0	0	0
TOTAL	**19**	**5**	**24**

Le délai maximum de 45 jours prévu par la loi a été dépassé dans 21 dossiers de plaintes.

Dans la grande majorité des cas, le dépassement de délai résulte, d'une part, de l'absence de titulaire au poste de commissaire aux plaintes et à la qualité des services pendant les mois de juillet à octobre 2006 et, d'autre part, de l'incapacité de la nouvelle commissaire de procéder à l'examen des plaintes dans le délai légal. Cette incapacité est directement reliée au nombre de plaintes à traiter lors de son entrée en fonction, aux contraintes liées à son apprentissage et à sa formation ainsi qu'à une disponibilité alors limitée de celle-ci. Depuis la fin de l'exercice 2006-2007, les délais de traitement ont été réduits de façon significative.

Il est à signaler que tous les plaignants ont été avisés du changement de commissaire aux plaintes et à la qualité des services et qu'ils ont tous accepté de prolonger le délai de traitement de leur plainte.

Objets des plaintes et leur suivi

Une plainte peut comporter plusieurs objets de plaintes. Le tableau suivant illustre la répartition des objets de plaintes selon leur niveau de traitement.

TABLEAU 13 – Objets de plaintes des dossiers conclus selon leur niveau de traitement

Niveau de traitement	Rejeté sur examen sommaire		Abandonné		Traitement refusé/interrompu		Traitement complété				TOTAL
							Sans mesure corrective identifiée		Avec mesures correctives identifiées		
Catégorie d'objets	CPQS[4]	ME[5]	CPQS	ME	CPQS	ME	CPQS	ME	CPQS	ME	
Accessibilité et continuité	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	**1**
Soins et services dispensés	0	0	1	0	0	0	1	1	2	1	**6**
Relations interpersonnelles	0	0	0	0	2	0	1	0	4	3	**10**
Environnement et ressources matérielles	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Aspect financier	0	0	0	0	0	0	10	0	1	0	**11**
Droits particuliers	0	0	0	0	0	0	4	0	2	0	**6**
Autres objets	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
TOTAL	**0**	**0**	**1**	**0**	**2**	**0**	**16**	**1**	**9**	**5**	**34**

Notons que 11 des 25 objets de plainte traités par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services concernent l'aspect financier dont 10 touchent plus spécifiquement la Politique régionale de déplacement des usagers. Les relations interpersonnelles demeurent un objet de plainte important de même que la qualité des soins et services dispensés et le respect des droits des usagers (droit à la confidentialité, droit à l'information).

Mesures correctives

Les mesures correctives identifiées peuvent être appliquées lors du traitement de la plainte ou faire l'objet d'une recommandation. Parfois, un même dossier de plainte peut impliquer à la fois l'application immédiate de certaines mesures correctives et la recommandation de d'autres mesures correctives.

L'identification des mesures correctives se fait par objet de plainte. Il peut y avoir plusieurs mesures correctives pour un même objet.

[4] CPQS : Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
[5] ME : Médecin examinateur

Les tableaux suivants illustrent les mesures correctives identifiées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et le médecin examinateur en fonction des objets de plaintes.

TABLEAU 14 – Objets des plaintes et nature des mesures correctives – commissaire aux plaintes et à la qualité des services

OBJETS / Mesures correctives	Accessibilité et continuité	Soins et services dispensés	Relations inter-personnelles	Environnement et ressources matérielles	Aspect financier	Droits particuliers	Autres objets
Information aux intervenants			4			1	
Formation des intervenants					2	2	
Encadrement des intervenants							
Amélioration des communications			3				
Utilisation d'interprètes							
Changement d'intervenant			1				
Mesures disciplinaires							
Révision							
• code d'éthique							
• procédure d'examen							
• autre procédure							
• politiques et règlements							
• systèmes d'accès			1				
• organisation des services							
• allocation des ressources							
• mécanismes de communication					1		
• protocoles cliniques et administratifs							
• autre							
Régulation du processus d'accès							
Relocalisation de l'usager							
Réduction du délai							
Obtention des services		2					
Amélioration de la continuité							
Respect du choix							
Cessation des services							
Adaptation des services							
Ajustements des activités professionnelles							
Adaptation du milieu de vie							
Amélioration des conditions de vie							
Ajustements techniques et matériels							
Amélioration des mesures de sécurité et de protection							
Ajustements financiers					1		
Ajustements administratifs					1		

Les mesures correctives identifiées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services ont été appliquées depuis ou sont en voie de l'être. Parmi celles-ci, on relève des mesures visant l'amélioration des communications (changement d'attitude, excuses transmises à l'usager),

l'information à l'intervenant (rappel des normes de pratique, code d'éthique, politique de déplacement, droits des usagers, etc.), la formation de l'intervenant (formation des préposées à l'admission en vue d'uniformiser l'application de la politique de déplacement), ajustements financiers et administratifs (allocation de déplacement, obtention de reçus de paiement), obtention de services (médicaments, entretien de fauteuil roulant), révision des mécanismes de communication (promotion de la politique de déplacement).

TABLEAU 15 –Objets des plaintes et nature des mesures correctives – médecin examinateur

OBJETS / Mesures correctives	Accessibilité et continuité	Soins et services dispensés	Relations inter-personnelles	Environnement et ressources matérielles	Aspect financier	Droits particuliers	Autres objets
Information aux intervenants		1					
Formation des intervenants							
Encadrement des intervenants							
Amélioration des communications			2				
Utilisation d'interprètes							
Changement d'intervenant							
Mesures disciplinaires			1				
Révision							
• code d'éthique							
• procédure d'examen							
• autre procédure							
• politiques et règlements							
• systèmes d'accès			1				
• organisation des services							
• allocation des ressources							
• mécanismes de communication							
• protocoles cliniques et administratifs							
• autre							
Régulation du processus d'accès							
Relocalisation de l'usager							
Réduction du délai							
Obtention des services							
Amélioration de la continuité							
Respect du choix							
Cessation des services							
Adaptation des services							
Ajustements des activités professionnelles							
Adaptation du milieu de vie							
Amélioration des conditions de vie							
Ajustements techniques et matériels							
Amélioration des mesures de sécurité et de protection							
Ajustements financiers							
Ajustements administratifs							

Les mesures correctives identifiées par le médecin examinateur ont été appliquées. Parmi celles-ci, on relève des mesures visant l'amélioration des communications (changement d'attitude), la transmission d'information à l'intervenant (rappel des normes de pratique professionnelle) et l'application de mesures disciplinaires. Par ailleurs, dans un des dossiers, une révision du système d'accès à l'urgence (procédure d'évaluation et de triage) a été recommandée.

Bilan des demandes d'intervention, d'assistance et d'information

Au cours du présent exercice, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services a reçu 4 demandes d'information, d'intervention ou d'assistance.

Lors de ces demandes, les usagers ont reçu une information complète sur la procédure d'examen des plaintes ainsi que sur la possibilité de se faire assister ou accompagner par l'organisme désigné (CAAP). Dans un des cas, une intervention rapide de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, appuyée des différents acteurs concernés du réseau, a permis de trouver une solution rapide adaptée aux besoins et aux attentes de l'usager.

Les principaux objets des demandes concernaient :

- Demande d'intervention immédiate pour l'obtention de médicaments et de d'autres documents administratifs – intervention du chef de service concerné et mesures correctives appliquées;

- Signalement par un proche parent sur la mauvaise qualité et choix limité de la nourriture d'un usager hébergé en centre de santé, unité de soins de longue durée – rencontre de l'usager concerné et contestation du signalement effectué.

Le nombre de demandes reçues au cours de l'exercice 2006-2007 a sensiblement diminué par rapport à celui de l'exercice précédent, passant de 13 à 4.

SECTION 3

Conclusion

Comme par les années passées, il ressort des données du présent rapport qu'une partie importante des plaintes portent sur l'aspect financier, plus spécifiquement sur l'allocation versée aux usagers dans les cas de déplacements électifs. Pour certains, on remet en question le mode de calcul de l'allocation effectué en fonction de l'établissement le plus rapproché en mesure d'offrir les soins et services requis. Ces usagers revendiquent le droit de consulter le médecin de leur choix et de poursuivre leurs soins et services avec leur spécialiste traitant ou avec l'établissement qu'ils fréquentaient depuis le début de leur consultation, et ce sans que le montant de leur allocation n'en soit affecté. D'autres réclament le paiement d'une telle allocation pour des services non assurés tels que la consultation d'ostéopathe.

Les relations interpersonnelles et la qualité des soins et services dispensés constituent également des problématiques régulièrement soulevées.

Au cours de l'exercice 2006-2007, nous avons pu constater une certaine stabilité quant au nombre de plaintes des usagers par rapport à celui de l'exercice précédent. Cependant, le nombre de demandes d'assistance et d'intervention a pour sa part diminué de façon relativement importante. Quoique nous ne puissions clairement identifier la ou les causes sous-jacentes à cette situation, celle-ci ne nous apparaît pas dans l'intérêt des usagers. Dans ce contexte, nous croyons que la mise en œuvre de mécanismes d'information et de sensibilisation auprès des usagers, notamment des personnes âgées hébergées en résidence privée, pourrait permettre de corriger cette situation.

ANNEXE I

Définition des objets de plaintes

Soins et services

réfère

- o à l'application des connaissances, du « savoir-faire » et des normes de pratique des intervenants;
- o à l'organisation et au fonctionnement général des soins et des services qui affectent la qualité des services.

Accessibilité et continuité

réfère

- o aux difficultés concernant les modalités et les mécanismes d'accès;
- o au fait que l'usager ait accès au bon service, au moment opportun et que les services requis par son état lui soient dispensés aussi longtemps que nécessaire.

Relations interpersonnelles

- o réfère au « savoir être » des personnes intervenantes. Il s'agit de la présence d'une relation d'aide, de l'assistance et du soutien de la personne intervenante à l'endroit de l'usager;
- o oriente la conduite des personnes intervenantes vers l'usager ou l'usagère: respect, empathie, responsabilisation et comportement général.

Environnement et ressources matérielles

réfère à l'environnement matériel, physique et humain au sein duquel le service est donné et qui influe sur la qualité des services :

- o mixité des clientèles;
- o hygiène et salubrité;
- o propreté des lieux;
- o sécurité et protection.

Aspect financier

réfère à la contribution financière des usagers à certains services administratifs selon les normes prévues par la loi :

- o compte d'hôpital;
- o compte d'ambulance;
- o contribution au placement;
- o aides matérielle et financière;
- o frais reliés à certains biens et services;
- o allocation de déplacement pour un transport électif.

ANNEXE 2

Définition des mesures correctives

Information aux intervenants

Information donnée ou rappel effectué à toute personne qui intervient auprès de l'usager, dont :
- o un médecin ou tout autre professionnel
- o un bénévole
- o un préposé
- o un administrateur
- o toute autre personne responsable

Formation des intervenants

Accès des intervenants à des programmes spécifiques de formation

Encadrement des intervenants

L'encadrement peut notamment prendre les formes suivantes :
- o supervision des intervenants
- o suivi pour signalement de représailles
- o ajustement des pratiques

Amélioration des communications

Il s'agit d'amélioration des communications entre l'usager et les intervenants :
- o clarification de la mission de l'instance, de l'organisation des services, des rôles et des fonctions des intervenants
- o excuses et explications présentées à l'usager
- o prise en considération de l'information reçue
- o autre

Changement d'intervenant

Décision administrative en vertu de laquelle on affecte un autre intervenant auprès de l'usager

Révision

Enclenchement d'un processus de révision d'un ou des aspects suivants :
- o code d'éthique
- o politiques et procédures
- o systèmes d'accès
- o organisation des services
- o allocation des ressources
- o mécanismes de communication
- o protocoles cliniques et administratifs
- o autre

Régulation du processus d'accès

Processus d'accès aux services de santé et aux services sociaux qui touchent notamment :
- o les systèmes d'admission / d'inscription
- o évaluation et orientation des cas
- o les modalités d'accès
- o la gestion des listes d'attente

Relocalisation de l'usager

Déplacement ou transfert des personnes qui sont hébergées

Réduction du délai

Réduction du laps de temps qui s'écoule entre le moment où l'usager demande le service et le moment où il l'obtient

Obtention des services

La notion de services doit se comprendre au sens large et inclut également la notion de soins

Amélioration de la continuité

Mesures prises pour assurer la continuité des services lorsqu'il y a eu interruption dans les services requis par l'usager

Respect du choix

Il s'agit des choix exprimés par l'usager au regard :
- o de la ressource
- o de l'intervenant
- o des traitements
- o du P.S.I. et du P.I.
- o de tout autre domaine où il importe de respecter l'autonomie et la volonté de l'usager

Cessation des services

L'usager demande l'interruption des services et on convient de donner suite à sa demande

Adaptation des services

Adaptation des services en fonction :
- o des besoins et des attentes de l'usager
- o du respect de ses droits

Ajustement des activités professionnelles

Ajustement au regard :
- o des habiletés techniques et professionnelles
- o de l'évaluation et du jugement professionnel

- de décisions et d'interventions

Amélioration des conditions de vie

Tout apport qui permet d'améliorer les conditions de vie en général d'un milieu donné. Par exemple :

- aménagement des horaires
- amélioration de la nourriture
- amélioration des politiques et procédures
- révision des programmes

Ajustements techniques et matériels

Il peut s'agir :

- d'équipements (ex. : lève-patients, fauteuils roulants, civières)
- d'aménagements physiques (ex. : rampes d'accès, barres d'appui)

Amélioration des mesures de sécurité et de protection

Amélioration des mesures touchant la sécurité et la protection des personnes et de leurs biens ou encore touchant des aspects plus globaux tels que les lieux ou les déchets biomédicaux

Ajustements financiers

Il peut s'agir :

- d'annulation de frais
- d'ajustement de frais
- d'obtention d'une subvention reliée à un programme
- de réclamation réglée

Ajustements administratifs

Il peut s'agir :

- de la mise en place de mécanismes d'information, de dépistage, de monitorage, de coordination
- d'ajustement des politiques et des procédures

CENTRE RÉGIONAL
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES

Bibliothèque de l'Assemblée nationale
QL B 337 767

IMPRIMERIE NORD GRAPHIQUE